Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 9 stycznia 1886. № 2. Rok XXV.

I. Przyczynki do chirurgii jamy brzusznéj.

Podał prof. Dr. Mikulicz w Krakowie.

I. O wykłuczeniu ognisk martwych z jamy brzusznéj.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 1).

Rany mniejsze, wynikłe z podwiązania szypułek torbieli jajnikowych lub zrostów mniéj rozległych, są wcale nieszkodliwe; wydzielina z nich jest skąpa, a zapalenie zlepne rychło się rozwijające w téj części otrzewny, która z niemi się styka, sprowadza otorbienie ich i wysunięcie poniekąd z jamy otrzewny. Inaczéj rzecz się przedstawia, jeśli powstają rozległe powierzchnie ranne. Prócz pomniejszenia się w tym razie powierzchni otrzewnowéj zdolnéj do chłonienia, gromadzi się jeszcze znaczna ilość wydzieliny przyrannéj, z wessaniem któréj częstokroć otrzewna uporać się nie może. Przeważny wpływ w tym razie wywiera miejsce, w którém mieści się wydzielająca rana otrzewnowa. Jeżeli rana przypada w górnéj części jamy brzusznéj, mówiąc ogólnie, jeśli leży powyżéj przestworu miednicy, wówczas wydzielina spływa ku dołowi i stykając się natenczas z prawidłową otrzewną, nie upośledzoną co do czynności, ulega wessaniu. Dla tych téż powodów nawet znaczniejsze zrosty w górnych częściach jamy brzusznéj nie budzą pospolicie większéj obawy. Jeżeli zaś po wyłuszczeniu guza powstająca powierzchnia ranna rozciąga się w jamie miednicy, a więc w najniższém miejscu jamy brzusznéj, natenczas wydzielina przyranna nie opuszcza pierwotnego miejsca wytworzenia; pętle jelita zawierające powietrze wznoszą się ku górze, a nagromadzona ciecz zapełnia jamę odartą z powłoki otrzewnowéj i dla tego zwolna i niedostatecznie tylko wsysającą. Nader obficie wytwarzająca się w pierwszych 24—48 godzinach wydzielina przedstawia się jako ciecz surowicza, cienko płynna, krwawo ubarwiona, która podlega z łatwością rozkładowi, przedstawiając wyborny materyjał odżywczy dla rozwoju bakteryj. Spokojnie zalegając jamę miednicy może podpaść śród korzystnych zresztą warunków (ciepła, spokoju) już w przeciągu 12—24 godzin rozkładowi, przez co staje się cieczą septyczną nader zakaźną, która wznieca w otaczającéj tkance łącznéj i sąsiedniéj otrzewnie procesy zapalne, groźne i nie rzadko śmiercią się kończące. Główne niebezpieczeństwo stanowi przeto nagromadzenie się surowicy krwawéj, o któréj słusznie powiedział Keith: *the red serum, that enemy of ovariotomist*, czerwona surowica, oto wróg operatora przy owaryjotomii.

Łacno mógłby zarzucić niejeden z czytelników i to słusznie, że ścisłe i surowe przestrzeganie prawideł ostrożności antyseptycznych przy laparotomijach, powinno przecież zapobiedz rozkładowi wydzieliny i uniemożebnić wtargnięcie bakteryj do rany w jamie miednicy. Sprawiedliwym rzeczywiście jest ten zarzut, gdyż istotnie trudno napotkać podobne do opisanych co dopiero stosunki przyranne, gdzie niedołęztwo całego aparatu antyseptycznego w tym kierunku tak dobrze na jaw wychodzi. Rzeczą znaną od dawna jest, że postępowanie utarte przy leczeniu ran nawet najściśléj przestrzegane nie chroni bezwzględnie od wtargnięcia mikroorganizmów. W pracy méj (*Zur Sprayfrage Arch. v. Langenbecks* XXV, 4 z.) ogłoszonéj przed 5 laty omówiłem bliżéj tę sprawę i wykazałem, że zwłaszcza rozpylanie środków antyseptycznych wcale nieodpowiada zadaniu przypisanemu mu w tym względzie. Niedawno téż przeprowadził Kümmel (*Contact u. Luftinfection in der Chirurgie XIV Congress der Chirurgen in Berlin*) szereg dokładnych doświadczeń przy pomocy najświeższych metod badania bakteryj, z których wynika, że nawet w razie doszczętnego wyplenienia bakteryj z jedwabiu, katgutu, sączków, jak również z narzędzi, pozostaje jeszcze nie mało źródeł zakażenia, których bezwzględnie ustrzedz się nie podobna. Zarodki zakaźne bujające w powietrzu ostają się mimo użycia sprayu i innych w praktyce stósowanych środków, przedewszystkiém zaś ręce nasze i palce stanowią stateczne źródło zakażenia

ran. (Wypływa ztąd skazówka, że pod względem czyszczenia i desinfekcyi rąk naszych nigdy dość pedantycznym być nie można, a im dosadniéj posługujemy się mydlem i szczotką, jakoteż rozczynem kwasu karbolowego i sublimatu, tém pewniejsze osiągniemy wyniki, choć w zamian za to ręce dzisiejszych chirurgów w ten sposób udręczane daleko odbiegają wypieszczonych form salonowych). Każdy zresztą obznajmiony choć po części z nader skomplikowanemi metodami, któremi posługuje się bakteryjologija w celu bezwzględnéj desinfekcyi i wyplenienia mikroorganizmów, przychodzi sam przez się do przekonania, że metoda antyseptyczna w chirurgii nie grzeszy wcale doskonałością pod tym względem.

Jak pogodzić z tém fakt, że mimo stron ujemnych naszéj antyseptyki przecież z jéj pomocą osiągamy tak pewne, a nawet można z dumą powiedzieć, świetne wyniki? Wytłumaczenie jest bardzo proste. Wysiłkom naszym antyseptycznym przychodzi w pomoc nader skutecznie sam organizm ranny, tkanina żywa, i podczas gdy bakteryjolog ma przed sobą jedynie martwy grunt odżywczy, chirurg liczy się wszędzie z tkanką żyjącą, która podejmuje walkę o byt z mikroorganizmami i dość często bez pośrednictwa sztuki lekarskiéj wychodzi z niéj zwycięzko. Powszechnie jest wiadomém, że znaczna ilość mikroorganizmów ginie bezwarunkowo w ciele wyżéj ustrojonego zwierzęcia nie przynosząc mu szkody, część inna znajduje trudne tylko warunki rozwojowe, a mała zaledwo liczba bakteryj t. zw. chorobotwórczych dla dotyczącego rodzaju lub gatunku łatwo przyjmuje się w nim i rozmnaża. Działanie to wzajemne między zarodkami zakaźnemi z jednéj, a zakażonym organizmem z drugiéj strony ma doniosłe znaczenie dla całéj patologii, a pominięcie go naraża na wielkie błędy, których nie mało nam przyniosły ostatnie czasy.

Zadanie przeto antyseptycznego zaopatrzenia ran odnosi się nietylko do możliwéj ochrony rany przed zarodkami zakaźnemi, lecz winno uwzględnić zarazem wszystko, co może wzmocnić odporność zranionych tkanek obrażonego organizmu.

Trudno zapuszczać mi się tutaj w szczegóły. Napomknę więc tylko, że znane są choroby ogólne, w przebiegu których odporność organizmu zostaje tak upośledzoną, iż wszelkie zabiegi antyseptyczne zawodzą, a nawet najmniejsze ognisko zakaźne może się stać zgubném w skutkach. Do rzędu takich chorób należy przedewszystkiém cukrzyca i ogólna miażdżyca tętnic, w obec których każde cięcie noża może sprowadzić septyczne zapalenie tkanki łącznéj, za którém w ślad biegnie zgorzel. Dla tych powodów wzbraniamy się prawie zawsze wykonania amputacyi lub innych zresztą małoznacznych zabiegów operacyjnych u chorych z podobnemi cierpieniami, świadomi naszéj niemocy. Z wielkiém prawdopodobieństwem przypuścić można, że również pewien stan ogólnego osłabienia sprzyja powstaniu septycznego zapalenia otrzewny.

Lecz również w najsilniejszym ustroju będzie zamąconym przebieg gojenia się rany, jeśli stosunki czysto miejscowe obniżą odporność żyjących tkanek lub osłabią ich działanie. Pewną jest rzeczą, że obrażona tkanina tam jedynie pomyślny bój z mikroorganizmami stoczyć jest w stanie, gdzie zachowując pełną energiję życia, zetknie się bezpośrednio z napastującym ją wrogiem. Większe części nieżywych tkanek w ranie podobne są do obumarłego ciała, poza ustrojem się znajdującego, które sprawie rozkładowéj, względnie bakteryjom, żadnego czynnego oporu nie stawia. Wydzielina zatrzymująca się w ranie zachowuje się zupełnie w ten sam sposób, przedstawiając nadto o wiele korzystniejszy grunt dla rozwoju bakteryj, niż zbite obszary tkanek.

Nagromadzona w większéj ilości wydzielina w ranie przedstawia jamę wypełnioną cieczą, w któréj zewnętrzne jedynie warstwy, bezpośrednio przylegające do powierzchni rannéj, podlegają wpływowi żywéj tkanki; w środkowéj części jamy zebrana ciecz nie różni się swém zachowaniem się od cieczy zewnątrz ustroju będącéj, od płynu zawartego w rurce szklanéj bakteryjologa; w powstającém na téj drodze ognisku martwém [1]), ochronione od wpływu żyjącéj tkaniny bakteryje mogą się rozwijać bez przeszkody.

Jedno z najważniejszych przeto zadań antyseptycznego zaopatrzenia ran dotyczy zapobiegania ogniskom martwym w ranie, a polega na oddalaniu wydzieliny z ran i ułatwieniu wzajemnego zetknięcia się powierzchni rannych. Lister, jak wiadomo, podał już dwa główne środki wiodące do celu powyższego, tj. drenowanie i ucisk. Ostatniemi czasy postarano się przez tak zwany szew warstwowy (*Etagennaht*) sprowadzić bezpośrednie zetknięcie się powierzchni rannych, aby w ten sposób uchronić się przed powstaniem ognisk martwych. Jakkolwiek zasada szwu warstwowego jest słuszną i w wielu razach uwalnia od zakładania sączków, to przecież nie wszędzie może znaleść zastósowanie ten środek a częstokroć nie całkiém jest bezpiecznym. Nie sądzę téż, aby z czasem dał się zupełnie usunąć sączek ze zbioru skutecznych środków antyseptycznych.

Powracając znowu do ognisk martwych w miednicy przekonywujemy się, że środki tak niezawodzące w innych ranach, tj. drenowanie i ucisk, odmawiają tu skutku, zastósowane przynajmniéj w téj postaci, którą im nadaje opatrunek Listera. W pracy wyżéj wspomnianéj rozebrałem przyczyny, dla których drenowanie jamy otrzewny za pomocą zwykłych sączków pospolicie nie prowadzi do celu [2]). Wszelkie usiłowania w tym kierunku podjęte obróciły się w niwecz, a ten sam los spotkał również pełen pomysłu lecz także i komplikacyj sposób podany przez Bardenheuera.

Główne przeszkody skutecznego drenowania jamy otrzewnowéj są następujące: Po pierwsze nie jesteśmy w możności wyprowadzenia ku górze wydzieliny z głębi jamy brzusznéj, a mianowicie z miednicy, a najsilniejszy opatrunek uciskowy będzie bezowocny dlatego, że trzewa w części nader są ściśliwe, po części zaś łatwo bardzo uchylają

---

[1]) Nazwa ta stworzona przezemnie przed 5 laty została już ogólnie przyjęta. Jedynie M. Proot odrzuca w swéj rozprawie doktorskiéj „*Zur Geschichte der Drainage.*“ Heidelberg 1884, niemiecką nazwę „*Todter Raum*“, zarzucając jéj, że stanowi *Contradictio in terminis* i zaleca natomiast przyjęcie wyrazu „*Todte Masse*“. Zdaniem mojém właśnie *contradictio in terminis* najprościéj określa cały stosunek, podczas gdy „martwa masa“ oznacza wszystko, co jest pozbawione życia, a więc również zwłoki, kamień itd. *Todter Raum* przeciwnie oznacza przestrzeń wytworzoną śród żyjącego ustroju, która jednak usunięta jest z pod jego wpływu. Nazwa moja odpowiada analogicznemu wyrazowi utartemu powszechnie w fizyce „punkt martwy“ przy korbie, którego istnienie zapewne Prootowi również znaném być musi. Nie mniéj w sztuce obwarowania wojennego zyskało sobie prawo obywatelstwa wyrażenie „*todter Winkel*“, oznaczające przestrzeń rozciągającą się tuż przed wałem ochronnym, którą przenoszą strzały forteczne i która przeto nie stoi pod ochroną własnych pocisków.

[2]) Wyjątek stanowią otorbione wypociny i ropnie otrzewny, które w skutek zamknięcia worczastego dostają się niejako po za granice otrzewny i nadają się w ten sposób do drenowania, jak wszystkie inne ropnie.

się od ucisku. Prócz tego zbyt łatwo poddaje się przepona; zresztą szkodliwy wpływ na narządy klatki piersiowéj zabrania również od nadto gwałtownego ucisku jamy brzusznéj. Przyczyna druga tkwi w zlepach, które się rychło około sączka wytwarzają i w ruchliwych trzewach. które układając się na około sączka zamykają otwory i otarbiają go, podobnie jak każde ciało obce. Te względy wymagają wyrzeczenia się drenowania jamy otrzewnowéj nawet wtedy, jeśli stosunki mechaniczne zresztą korzystne byłyby dla osobnego odpływu wydzieliny, mianowicie przy drenowaniu zagłębienia siedzeniowo-odbytnicowego przez pochwę.

Polecane przez Simsa i Peaslego drenowanie drogą pochwy w owaryjotomijach upadło też zupełnie słusznie. Będąc asystentem w Wiedniu często miałem sposobność zauważania podczas oględzin pośmiertnych, że sączek wprowadzony do jamy otrzewnowéj w zupełności uległ zamknięciu, a tuż obok niego nagromadziła się obfita ilość wydzieliny, która stworzyła punkt wyjścia śmiertelnego zapalenia otrzewny. (C. d. n).

II. O krążeniu krwi w komorce zwojowéj.

Przez prof. Dra Adamkiewicza.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 1).

4) Budowa zwojów międzykręgowych.

Przedewszystkiém chciałbym w krótkości przedstawić strukturę histologiczną zwojów międzykręgowych, o ile ona nas tu obchodzi, a późniéj dopiero mówić o sposobie ich unaczynienia.

Barwienie safraniną ma nieocenioną wartość nietylko przy badaniu tkaniny nerwowéj. ale także przy badaniu zwojów.

Podczas gdy safranina nerwy a w szczególności ich istotę rdzenną barwi pomarańczowo, wszystkie zaś twory komórkowe i samą istotę zwojową barwą fioletową w różnych jéj odcieniach, przedstawia się preparat niezwykle pięknie i wyraźnie, pozwalając jak żaden inny sposób barwienia jasno i dobitnie histologiczne szczegóły od siebie odróżnić.

Krając zwój międzykręgowy w cięcia podłużne, t. j. takie, które przechodzą w kierunku wstępujących i zstępujących nerwów, otrzymamy przy słabém powiększeniu obraz mniéj więcéj w następujący sposób się przedstawiający:

Preparat ma kształt eliptyczny. Okrywa go mniéj lub więcéj gruba osłonka, składająca się z tkanki łącznéj równolegle prążkowanéj i zasianéj podłużnemi, owalnemi jądrami. Na obydwóch biegunach zwoju przechodzi ta osłonka w pochewkę (*perineurium*) korzeni nerwowych i za taką też dla zwoju uchodzić może.

Same korzenie nerwowe wchodzą a względnie wychodzą w obydwóch biegunach w samo ciało zwoju. Tutaj rozpadają się w pojedyncze pasma, które drążą od biegunów w głąb zwojów i rozpadają się w nieregularne coraz drobniejsze wiązki i smugi zachowując zawsze wejrzenie faliste, przebiegając wśród istoty zwojowéj na kształt żyłek marmuru. Przestwory pomiędzy temi żyłkami zapełnione są przez właściwą istotę zwojową, t. j. komórki zwojowe.

Już przy małém powiększeniu można je rozpoznać jako okrągłe, śpiczaste, wielokątne, jedném słowem: nieregularne i gęsto obok siebie ułożone twory. W środku ich widzieć można silniéj zabarwione, jasną obwódką otoczone t. z. „jąderko“. W wielu komórkach zwojowych dokładnie zauważyć można jeszcze obok tego, nieregularnego kształtu plamę barwikową. Wreszcie na około każdéj komórki zwojowéj widoczném jest koło, które przy słabém powiększeniu zdaje się składać z punktów regularnie w koło ułożonych. Pomiędzy tém kołem a wśród niego leżącą komórką zwojową znajduje się wolna, nieregularna, szczelinowata przestrzeń. Na przekrojach poprzecznych zwojów międzykręgowych obraz jest właściwie ten sam, z tą różnicą, że przekrój poprzeczny przedstawia się jako koło. a wiązki wśród podłoża zwojowego rozgałęziających się korzeni nerwowych w grupach na poprzek przeciętych.

5) Budowa komórek zwojowych międzykręgowych.

Badając budowę komórek zwojowych, wchodzących w skład zwojów międzykręgowych, doszedłem do następujących wyników.

W każdéj komórce zwojowéj zwojów międzykręgowych, obok wychodzących z niéj nerwów. odróżnić musimy jeszcze trzy osobne części składowe:

1. Torebkę zwojową.
2. Ciało zwoju.
3. Dwa rurkowate wyrostki zwojowe.

1. Torebka zwojowa składa się z dwóch części, z cienkiéj osłonki tkankołącznowéj i z warstwy przybłonka, wyścielającego wewnętrzną powierzchnię téjże.

Osłonka tkankołącznowa komórki zwojowéj składa się z pokładu prążkowanéj tkanki łącznéj, u wołu bardzo cienkiego, u człowieka nieco grubszego, wśród którego leżą podłużne, eliptyczne jądra.

Ma ona kształt, jużto okrągły, już też mniéj lub więcéj jajowaty, jest przytém nieco pomarszczona i otacza komórkę zwojową jak kula próżna.

Wewnętrzna do przestrzeni próżnéj zwrócona ściana téj kuli wyścielona jest pojedynczym pokładem płaskich komórek przybłonkowych. Te ostatnie mają kształt regularny wielokątny i posiadają w samym środku wielkie, okrągłe jądra, które safranina barwi ciemno fioletowo, a od reszty blado-fioletowéj komórki odróżnia się jasnym okrągłym pasem. W dwóch miejscach jest zawsze torebka zwojowa w swéj ciągłości przerwaną.

W tych miejscach wydłuża się w cienkie rurki. Jako pojedyncze przedłużenia torebek zwojowych, posiadają rurki te tę samą budowę histologiczną, co torebka. Składają się z zewnętrznéj warstwy tkanko-łącznowéj i wewnętrznego pokładu śródbłonków.

Znaczenie bardzo ciekawe tych wyrostków rurkowatych torebki zwojowéj wyjaśnię późniéj. Tu nadmienię tylko, że przestrzeń przez torebkę zwojową zamknięta, którą dla krótkości przestworem torebkowym nazywam, stoi w związku z kanałami zamkniętemi wśród rurkowatych wypustek torebki.

2. Ciało zwoju składa się także z dwóch różnych części — z komórki zwojowéj i błony zwojowéj.

Komórka zwojowa jest ciałem, jużto okrągłém, jużto owalném, już też wreszcie kończastém i widocznie wskutek pośmiertnego skurczenia bardzo nieregularném. Safraniną barwi się fioletowo i posiada w środku ciało okrągłe, ziarniste. które pospolicie uchodzi za jądro komórki zwojowéj i które w swém wnętrzu ukrywa okrągłe, ciemno-

fioletowo barwiące się t. z. „jąderko“. Na jedném, najczęściéj na boku położoném miejscu komórki zwojowéj, znajduje się znana, z ziarenek barwika składająca się, nieregularna plama.

Błona zwojowa jest to workowaty z bardzo cienkiéj błony składający się uchyłek, który pokrywa komórkę zwojową w zupełności. Komórka zwojowa leży w swéj błonie podobnie jak piłka w swoim woreczku. Błona zwojowa w stosunku do komórki zwojowéj jest za wielką, otacza ją więc jak obwisły worek i w ten sposób pozostaje pomiędzy komorką zwojową a jéj osłonką miejsce wolne. Istnienie tego miejsca wolnego, które przestworem zwojowym nazywam, jest tem łatwiéj wykazać, im komórka zwojowa jest ciemniejszą i nieprzeźroczystszą jéj błona zaś jaśniejszą i więcéj przeświecającą i gdy wiele zębów, zagłębień i nierówności powierzchni ciała zwojowego dla osłaniającéj błony korzystną podstawę optyczną stanowi.

Błona zwojowa ma swą własną budowę. Składa się ona z komórek do przybłonka podobnych, nieregularnych, wielobocznych, o jądrze środkowém okrągłém, które komórki torebki zwojowéj o wiele wielkością swą przewyższają. Szczególnie pięknie przedstawiają się komórki wieloboczne błony zwojowéj w zwojach międzykręgowych wołu. I błona zwojowa nie jest, podobnie jak torebka zwojowa workiem w sobie zamkniętym, lecz przenosi się tak samo, jak tamta, na dwie cienkie rurki. Te wyrostki błony zwojowéj wchodzą do wnętrza rurek torebkowych i przebiegają w ich wnętrzu.

3. Rurkowate wyrostki zwojów składają się zatém, jak z poprzedniego opisu wynika, z dwóch współśrodkowych ułożonych walców, z których zewnętrzny należy do torebki zwojowéj, wewnętrzny zaś do błony zwojowéj.

Wkażdym z tych dwóch podwójnych rur mieszczą się dwa współśrodkowe przestwory.

Wewnętrzny przestwór jest na przekroju poprzecznym okrągły. Jest on bezpośredniém przedłużeniem przestworu zwojowego i zamknięty jest przez dopiero co opisane walcowate wyrostki błony zwojowéj.

Zewnętrzny przestwór jest na przekroju poprzecznym kształtu obrączkowatego. Tworzy on bezpośrednie przedłużenie przestworu torebkowego i ograniczonym jest od wewnątrz przez wyrostki rurkowate błony zwojowéj, od zewnątrz wypustkami torebki zwojowéj.

6. Układ naczyniowy tętniczy w zwojach międzykręgowych.

Ogólna siatka tętnicza naczyniowa zwojów kręgowych przedstawia się najpiękniéj na nie barwionych cięciach podłużnych preparatów nastrzykanych. Obrazy tego rodzaju przedstawiają się wspaniale, a na oko czułe na histologiczne piękności wywierają niezwykłe wrażenie.

Przy słabém powiększeniu przedstawiają się te obrazy w następujący sposób. Tkanka podstawowa zwoju z powodu stwardnienia w płynie Müllerowskim wygląda jasnożółto. Tak samo zabarwione są także komórki zwojowe. Jednak pomimo téj barwy odróżniają się od tkanki podstawowéj jako ostro odgraniczone, torebką otoczone kule. Wiele między niemi odznacza się ciemno-zielonemi, ostro odgraniczonemi plamami. Zawdzięczają one tę barwę barwikowi w nich się znajdującemu, który przez płyn stwardniający zielono zabarwiony został.

Reszta komórek zwojowych na przekroju się znajdujących zabarwioną została ostro i wyraźnie masą karminową do tętnicy kręgowéj wstrzykniętą; komórki te przedstawiają się rozrzucone po całym preparacie jako twory odgraniczone, czerwone. Szczegółowe wyniki nastrzykań były następujące:

Do zwojów kręgowych nie dochodzą ani stałe ani też wielkie tętnice. Największa część gałązek tętniczych dostaje się razem z korzeniami nerwowemi do wnętrza zwoju. Przebiegają one pomiędzy włóknami nerwowemi korzenie nerwowe tworzącemi, zatém równolegle do siebie i do osi poziioméj korzenia nerwowego i wśród przebiegu oddają prawie pod kątem prostym małe gałązki. Nastrzykany więc korzeń nerwowy ma wejrzenie mniéj lub więcéj kratkowane

Obok dopływów przez korzenie znajduje się jeszcze w każdym zwoju znaczna ilość mniejszych gałązek, które od powierzchni w głąb istoty zwojowéj drążą przecinając ją we wszystkich kierunkach.

Zkądkolwiek jednak przypływ tętniczy ma miejsce, zawsze i stale dzieje się, że gałązki dopływowe rozpadają się w cały pęk tętniczek zaopatrujących pojedyncze obszary zwoju. Gałązki tego pęku tworzą następnie drobniejsze jeszcze rozkrzewienia, których pojedyncze tętniczki kończą się w kształcie wieńców i w téj postaci każdą komórkę zwojową, mianowicie jéj torebkę, otaczają.

Te wieńce włosowate, otaczające pojedyncze torebki zwojowe, bywają utworzone jużto przez jednę tylko gałązkę, już też przez zlanie się kilku gałązek. Wskutek tego też wiją się one albo tylko jako pojedyncze koła, lub też jako wieńce z wielu splotów się składające, na obwodzie torebek zwojowych.

Wewnątrz tych wieńców naczyniowych znajdują się czerwono nastrzykane twory. Przy małém powiększeniu widzi się, jak już wspomniałem, wielką liczbę jużto okrągłych już też gruszkowatych czerwonych plam. Przy silném powiększeniu można poznać, że te plamy nie są żadnemi przypadkowemi tworami, że mają ostro ograniczone kontury i że za pomocą szypułki przyczepione są do wieńca naczyniowego.

Wykazać znaczenie tych szypułkowatych tworów nie przedstawia wielkich trudności.

Łatwo można poznać, że czerwono nastrzykane twory kształtu gruszkowatego są właściwemi ciałami zwojowemi ściśle nastrzykanemi, okrągłe zaś plamy odpowiadają masą injekcyjną napełnionym torebkom zwojowym, do których dostała się masa ta po pęknięciu osłonki zwojowéj.

W pierwszych odróżnić można nastrzyknięte właściwe ciało zwojowe od torebki zwojowéj, która jest przestworem ostro odgraniczonym od niego oddzieloną, podczas gdy w drugich nie można dostrzedz ani komórki zwojowéj ani przestworu torebkowego z powodu, że cała torebka jest masą wypełniona. (C. d. n.)

III. Z pracowni chemicznéj Zakładu patologicznego w Berlinie.

Przyczynek do badania wpływu niektórych środków leczniczych na przetwarzanie istot białkowych w peptony.

Podał **Dr. Stanisław Klikowicz** z Petersburga.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 1).

Opierając się na tych doświadczeniach eksperymentowaliśmy zawsze na umiarkowanie wilgotném białku i dla każdéj seryi doświadczeń ważyliśmy jednocześnie starannie dowolną ilość (1—2 gr)., którąśmy następnie przy 110°C. aż do

stałéj wagi suszyli i z tego obliczali suchą istotę białka poddanego trawieniu. Do wszystkich doświadczeń używaliśmy sztucznego soku żołądkowego, gdyż 1) pod względem skuteczności nie ustępuje on naturalnemu, 2) skuteczność naszego sztucznego soku żołądkowego zawsze jednakową pozostawać mogła, podczas gdy siła naturalnego soku żołądkowego jest niestałą, i 3) gdyż używając go jesteśmy przy większych szeregach doświadczeń bardziéj niezależni od przypadków. Pepsyna, którą mieliśmy do rozporządzenia, pochodziła z fabryki H. Früzelberga w Andernach nad Renem (*Pepsinum purum pulveratum*). Preparat ten okazał się bardzo skutecznym; braliśmy po 0.5—1.0 na 1,000 wody. Ponieważ preparat nasz zawierał w sobie cukier, przeto za każdym razem musieliśmy zważoną już ilość tak długo płukać na sączku, aż filtrat zupełnie był wolnym od cukru. Oprócz pepsyny każdy litr cieczy zawierał 10 cm. sz. zwyczajnego kwasu solnego ciężaru gatunkowego 1.12. We wszystkich więc przypadkach polewano pozostały 1 gram kupnéj pepsyny jednym litrem trawiącego kwasu solnego, odstawiano na 14—16 godzin w zimne miejsce i potém dopiero używano. Mieszaninę taką uważaliśmy za skuteczniejszą od świeżo przygotowanéj. Do każdéj porcyi wilgotnego białka, któréj waga bezwzględna dla każdéj grupy doświadczeń stosownie do ilości zawartéj w nich wody rozmaitą była i 20—40 gr. wynosiła, braliśmy po 450 cm. sz., cieczy trawiącéj. W każdéj grupie jedna porcyja służyła do kontroli, przez dodanie 50 cm. sz. wody doprowadzono objętość téj porcyi kontrolowéj do 500 cm. sz., podczas gdy do pozostałych porcyj dodawano istoty, które chcieliśmy zbadać, rozpuszczone wzgl. zawieszone w 50 cm. sz. wody. W ten sposób otrzymaliśmy we wszystkich kolbach jednakowe wagi białka i jednakowe objętości soku żołądkowego o równém stężeniu, jako też istoty mające być badane. Następnie wszystkie kolby ogrzewano i zawartość ich umiarkowano na 40°C. Przy polewaniu samém, a tém bardziéj przy wstrząsaniu, plateczki białkowe rozchodziły się, tak, że można było przypuszczać, iż we wszystkich porcyjach ciecz trawiąca jednakowo ściśle zmięszała się z białkiem. Nie możnaby było powiedzieć tego, gdyby ścięte białko za pomocą silnego wyciskania zostało pozbawioném wody; wówczas wielkie bryły pozostałyby do samego końca nierozpuszczone, a o jednostajném opłukaniu ze wszech stron nie mogłoby być mowy. Potém wstawiano kolby do pieca, którego temperatura wykazywała stale 40—42°C., i co 20—30 minut wstrząsano je silnie. Po upływie 1—2 godzin można już było widzieć, jakie różnice w sile rozpuszczającéj niektórych porcyj białka wywołane zostały przez dodanie rozmaitych istót. Różnice te notowaliśmy starannie, i okazało się wkrótce, że byłoby niesłusznem wnosić z tego o energii procesu, gdyż zdarzało się bardzo często że dwie, w nierównym stopniu rozpuszczone, porcyje dawały jednakowe, albo nawet w odwrotnym kierunku różniące się osady obojętne i że ilościowe oznaczenie ostatecznego produktu trawienia było w sprzeczności ze spodziewanemi rezultatami. Oprócz porcyj do doświadczeń służących, białko w kolbie kontrolowéj nie zawsze przy jedném i tém samém stężeniu sztucznego soku żołądkowego jednakowo prędko się rozpuszczało; zależy to być może od wielkości płateczków białkowych, która przy każdém przygotowaniu materyjału inaczéj wypada. Zwykle przerywaliśmy trawienie po 5—6 godzinach, skoro tylko jedna, przeważnie porcyja kontrolowa, całkowicie rozpuszczoną została. Wystrzegaliśmy się zanadto długiego trwania doświadczeń, gdyż podług wszelkiego prawdopodobieństwa wpływ na trawienie nie jest absolutny, lecz tylko czasowy i różnice, wyraźnie bardzo po 4—5 godzinach występujące, zostać mogą przy dalszém trawieniu osłabione, a może zupełnie wyrównane. Zresztą podług niektórych badaczy zanadto długie trawienie (24—40) godzin jest choćby tylko z tego względu niepotrzebne, że istoty białkowe nigdy tak długo nie pozostają w żołądku; a jeśli w kiszkach cienkich podlegają trawieniu, dzieje się to w warunkach niemających nic wspólnego z naszemi doświadczeniami. Oprócz tego mogą przy zanadto długiém działaniu sztucznego soku żołądkowego zjawić się oprócz peptonów i dalsze jeszcze produkty rozkładowe (leucyna, tyrozyna itd.), co zresztą podług innych badaczy możliwém jest tylko przy współudziale mikroorganizmów.

Proces trawienia przerywaliśmy za pomocą zobojętniania kwasu i zagotowania cieczy. Do zobojętniania używaliśmy 4% NaHO. Znając stężenie ługu sodowego i oznaczywszy dokładnie ilość HCl można było wszystkie porcyje, choćby ich było kilka, zobojętnić w ciągu 2—3 minut, przyczém przyjęliśmy zasadę, zobojętniać porcyje w miarę powiększania się nierozpuszczonéj pozostałości; gdyby się więc miała okazać choćby najmniejsza różnica w jednoczesném przerywaniu procesu, w takim razie mogłaby ona wypaść tylko na niekorzyść czynnika hamującego. Zresztą większą część doświadczeń naszych robiliśmy parami, tak że przy każdéj porcyi mieliśmy do porównania porcyję kontrolową. Neutralizacyję doprowadzano do obojętnéj, albo nawet słabo alkaliczněj reakcyi, w obu razach jednak przez dodanie kwasu octowego znowu ją czyniono z lekka kwaśną. W ten sposób chcieliśmy usunąć możność przemienienia za pomocą gotowania z wolnym kwasem solnym pewnéj części białka w pepton. Jeśli we wszystkich przypadkach ku końcowi zobojętnienia ciecz stawała się mętną, albo zjawiał się osad (Syntonina, Mulder, Brücke), to ilość osadu w rozmaitych porcyjach była bardzo niestałą i wahania te stały w odwrotnym stosunku do późniéj oznaczyć się mającéj ilości peptonu.

Zaraz po zobojętnianiu ogrzewano kolby na wolnym płomieniu i po zagotowaniu ochładzano do zwykłéj temperatury pokojowéj. Potém każdą porcyję za pomocą dolewania wody doprowadzano do objętości 600 cm. sz, filtrowano i z przejrzystych, po większéj części bezbarwnych zupełnie przesączów odmierzano po 500 cm. sz., które zgęszczano najpierw na wolnym płomieniu, następnie na łaźni wodnéj do objętości niżéj 100 cm. sz. W celu usunięcia znajdującego się jeszcze przypadkowo w roczynie białka, dodawano do gorącego jeszcze płynu cokolwiek kwasu octowego i od zobojętniania pochodzącą zawartość soli kuchennéj powiększano za pomocą dodania stężonego roczynu tejże soli aż do 3—3.5%.

Ponieważ oprócz otrzymanéj przez zobojętnianie zawartości soli kuchennéj dodawaliśmy takową albo inne podobnie działające sole do płynu, ażeby badać wpływ tych soli na przebieg trawienia, przeto uwzględnialiśmy to i odpowiednio do potrzeby zmniejszaliśmy albo zaniechaliśmy zupełnie dodania stężonego roczynu soli kuchennéj. Przy tych doświadczeniach naturalnie, gdzieśmy dodawali 5—10% soli kuchennéj, musieliśmy przy oznaczaniu peptonu otrzymać mniejsze cokolwiek liczby, gdyż przy znacznéj zawartości soli pewna mała część hemialbumozy (Kühne) musiała koniecznie zostać strąconą. Osad, który wówczas powstawał, był zresztą tak nieznaczny, że objętość jego śmiało uważać można było za równą zeru; ciecz wraz z osadem reduko-

waliśmy potém w kolbce kalibrowanéj do 100cm.sz., wstrząsali, a po przesączeniu przez podwójny sączek otrzymaliśmy przeźroczysty płyn barwy słomianéj, który nam służył do ilościowego oznaczenia ostatecznych produktów trawienia.

Polaryzacyja należy do metod, dających nam równie dokładne, jak wygodnie osiągnąć się dające oznaczenia ciał czynnych optycznie (Hoppe-Seyler: *Handbuch d. chem. Anal.*, 5 wyd., 1883, str. 24. Salkowski i Leube: *Die Lehre vom Harn*, 1882, str. 225). Należy jednak uczynić przytém zadosyć następującym wymaganiom: *a)* roczyn powinien być zupełnie przejrzysty i czysty *b)* powinien być, o ile można, bezbarwnym, przyczém jednakże lekko żółtawa barwa niewielką stanowi przeszkodę, przeciwnie zaś rzecz się ma z czerwoną albo brunatną barwą, *c)* w płynie powinno się znajdować jedno tylko optycznie czynne ciało, a tém mniéj dwa, z którychby jedno skręcało na prawo, drugie na lewo, i nareszcie *d)* oznaczenie polaryzacyi odbywać się powinno przy możliwie jasném oświetleniu, które dla seryi porównać się mających doświadczeń powinno pozostać niezmienném. Mieliśmy do rozporządzenia dwa aparaty polaryzacyjne: Saccharimeter Soleil-Ventzkego i aparat półcieniowy Laurenta. Oba zostały przed użyciem starannie wypróbowane i ustawienie ruchomych części składowych aparatu (szczeliny świetlnéj, wybór kolorów w aparacie Seleil-Ventzkego etc.) pozostały te same przez cały czas trwania doświadczeń. Dla pierwszego aparatu mogliśmy używać zwykłego białego światła gazowego, drugi zaś wymagał zastosowania żółtego światła sodowego, otrzymanego przez spalenie czystéj soli kuchennéj w płomieniu silnego płomienia Bunsenowskiego. Woleliśmy używać aparatu Laurenta, a ponieważ dawniéj już, kiedy nie mieliśmy jeszcze do rozporządzenia aparatu Laurenta, wykonano wielki szereg doświadczeń, przeto i dawniejsze doświadczenia powtórzyliśmy z aparatem półcieniowym, przyczém zresztą mieliśmy sposobność stwierdzania dokładności dawniejszych oznaczeń. Odpowiednio do tego doświadczenia nasze dzielą się na dwie grupy: przy oznaczeniach pierwszego szeregu podziałki skali podane są w liczbach całych i dziesiętnych, w drugiéj zaś grupie wyrażone są w stopniach i minutach. W pierwszym przypadku obliczenia wykonane zostały podług formułki $p = \pm 53.1^\circ \frac{\alpha}{(\alpha)\,j.\,l.}$, przyczém p oznacza ciężar stały w gramach dla 100 cm. sz. roczynu; liczba 53.1° przedstawia współczynnik skręcania dla cukru gronowego, do oznaczeń którego aparat jest urządzony; α = liczbie podziałek skali i noniusa, która przy oznaczeniu cukru wskazuje bezpośrednio % i ‰; $(\alpha)j$ jest współczynnikiem skręcania naszego oznaczyć się mającego ciała, nakoniec l oznacza długość tuby polaryzacyjnéj, która w naszych doświadczeniach wynosiła zawsze 10 cm. a więc była = 1 i jako taka pozostaje nieuwzględnioną. Przypuśćmy że dla skręcania naszéj cieczy na lewo odczytaliśmy na skali 2.7; jeśli, jak spodziewamy się niżéj dowieść, dla ciał naszych $(\alpha)_j = 66.3^\circ$, w takim razie obliczenie w następujący sposób wykonaném być winno: $p = - 53.1^\circ \frac{2.7}{66.3}$; z tego $p = - 2.16\%$.

Przy aparacie Laurenta mieliśmy do czynienia ze stopniami i minutami; poszukiwaną liczbę otrzymywaliśmy, wyrażając w formułce $p = \pm \frac{\alpha}{(\alpha)\,D\,l}$ minut w dziesiętnych stopnia. Jeśli np. skręcanie na lewo = 2°45', w takim razie $p = - \frac{2.75^\circ}{66.3}$ czyli p = 0.0414 gm. w 1 cm. sz. cieczy czyli 4.14%.

Dla każdego oznaczenia robiliśmy 8—10 odczytywań ze skali i ze zbliżonych do siebie liczb braliśmy średnią; Hoppe-Seyler (l. c. str. 42.) powiada, że przy dobrych aparatach błąd obserwacyi wynosić może mniéj aniżeli 0.1°; dokładność naszego aparatu była w rzeczy saméj tak wielką, że zwykle otrzymywaliśmy tylko 1—2, rzadko bardzo 3 minuty wynoszące wahania, co tylko 1/60 do 1/20 jednego stopnia wynosi. Przy aparacie Soleil-Ventzkego otrzymywaliśmy różnice ± 0.1 wynoszące.

Teraz wyłuszczymy powody, które nas skłoniły do zastosowania do naszych doświadczeń metody polaryzacyjnéj. Wielu badaczy próbowało, jak wiadomo, ilość peptonu oznaczyć drogą kolorymetryi; tą metodą posługiwali się już Drozdow (*Resorption d. Peptone d. Rohrzuckers, d. Indigoschwefelsäure vom Darmcanale aus u. ihr Nachweis im Blute der Vena Portae. Zeitschrift f. physiol. Chemie. tom I 1877.*) (lecz tylko do przybliżonego oznaczania peptonu), Schmidt-Mühlheim (*Beiträge zur Kenntniss d. Peptons u. seiner physiol. Bedeutung. Du Bois-Reymond's Archiv f. Physiol. 1880, phys. Abth.* str. 33), Hofmeister (*Zur Lehre v. Pepton III. Ueber d. Schicksal d. Peptons im Blute, Zeitschrift f. phys. Chemie,* tom V. 1881, str. 127), Poehl (*Ueber d. Vorkommen u. Bildung d. Peptons ausserhalb d. Verdauungsapparates, Ptbg.* 1882, str. 33) i inni; okazało się jednakże, że metoda ta — zasadzająca się na odróżnianiu delikatnych odcieni kolorów reakcyi Biureta — wymaga wielkiéj indywidualnéj wrażliwości na kolory i z tego powodu jest w najwyższym stopniu subjektywną; Schmidt-Mühlheim podaje sam, że granica błędu waha się pomiędzy 6.09% a 0.6%, liczby, które dla naszych doświadczeń przynajmniéj były bardzo znaczne, gdyż z powodów wyżéj przytoczonych przerywaliśmy proces trawienia po 4—6 godzinach, a więc nie mogliśmy téż otrzymać wielkich ilości peptonu. (C. d. n.)

IV. Z kliniki okulistycznéj prof. Dra Rydla.

Sprawozdanie statystyczne z ruchu chorych kliniki okulistycznéj za r. 1883 i 1884 i z wykonanych w tym czasie operacyj.

Podał Dr. F. Marcisiewicz,
asystent téjże kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 1).

Inne grupy chorobowe z wyjątkiem chyba jeszcze tęczówki (4·9%) przedstawiają w porównaniu z cierpieniami wyżéj wymienionemi odsetkę bardzo małą. Niezwykłą częstością uderza w powyższym wykazie jaskra. Podczas bowiem gdy odsetka tego cierpienia w sprawozdaniach z innych zakładów wynosi zazwyczaj 1%, lub mało co więcéj, stanowi jaskra u nas 2% z górą. Że zaś ta wysoka odsetka nie jest dziełem przypadku, odgrywającego tak wielką rolę w wykazach, nieobejmujących bardzo wielkich liczb chorych, za tém przemawia sprawozdanie Dra. Machka z poprzednich lat sześciu, wykazujące również niezwykle wysoką (1·91%), a prawie równą odsetkę.

Podział chorób według płci:

	M.	K.
1). *Conjunctiva*	18·77 .	13·95
2) *Cornea*	12·0 .	10·54
3). *Sclera*	0·52 .	0·25
4). a). *Iris*	2·88 .	2·03
b). *Chorioidea et corpus ciliare*	1·75 .	1·23
5). *Glaucoma*	0·78 .	1·12

6). *Retina et n. opticus*	2·88	1.23
7). *Lens*	5·31	4·84
8). *Corpus vitreum*	0·74	0·14
9). *Bulbus*	1·32	0·76
10). *Refractio*	3·10	1·48
11). *Accomodatio*	0·18	0·19
12). *Musculi et nervi*	0·69	0.56
13). *Org. lacrymalia*	0·45	1·23
14). *Orbita*	0·09	0·07
15). *Palpebrae*	4·57	4·06
razem	56·03	43·68%

Ilość chorób przydarzająca się u mężczyzn jest więc w całości o 12·35% większa niż u kobiet; w sprawozdaniu z ostatnich sześciu lat wynosiła różnica 14·2%. Uwzględniwszy pojedyńcze pozycje, spostrzegamy wszędzie wyższą odsetkę u mężczyzn, jedyną wybitną przewagę okazuje płeć żeńska tylko w cierpieniach narządu łzowego i w jaskrze, przewyższając w pierwszym razie mężczyzn o 0·78%, w drugim o 0·34%.

II.

Operacyje.

	1883	1884	Razem z 2 lat
1) Ilość operacyj wykonanych na soczewce	62	84	146
Wydobycie soczewki spos. lin. obwod. Graefego	52	74	126
„ „ „ linijowym dawnym	4	6	10
„ „ „ Wenzla	—	2	2
Rozcięcie torebki *(Disscissio)*	6	—	6
Rozcięcie zaćmy wtórorzędnéj	—	1	1
Przyspieszenie dojrzałości (Förster)	—	1	1
2) Ilość operacyj wykonanych na tęczówce	68	100	168
Irydektomija z powodu jaskry	19	24	43
„ z innych przyczyn	47	71	118
Irydotomija	1	5	6
Odcięcie wypadniętéj tęczówki	1	—	1
3) Ilość operacyj wykonanych na rogówce	7	14	21
Rozpłatanie rogówki (Saemisch)	4	4	8
Operacyja garbiaka całkowit. metodą Weckera	3	5	8
Wydobycie większych ciał obcych z rogówki	—	2	2
Tatuowanie blizny rogówkowéj	—	3	3
4) Ilość operacyj wykonanych na powiekach	8	7	15
Operacyja podwinięcia rzęs (Jaesche-Arlt)	2	—	2
Operacyja podwinięcia powiek	3	6	9
Kantoplastyka	—	1	1
Operac. naczyniaka pow. górnéj przez podwiąz.	1	—	1
Wycięcie rakowca powieki	2	—	2
5) Ilość operacyj na spojówce	2	3	5
Operacyja symblepharon	2	—	2
Operacyja skrzydlika (Arlt)	—	2	2
Wyłuszczenie włókniaka podspojówkowego	—	1	1
6) Ilość oper. na mięśniach ocznych	1	8	9
7) „ „ „ narządzie odprowadz. łzy	40	55	95
8) Wyłuszcz. gał. ocz. *(Enucleat. aut Exenterat.)*	7	9	16
Ogółem wykonano operacyj większych	195	280	475

Ogółem wykonano więc w przeciągu 2 lat 475 operacyj większych, a mianowicie 380 na chorych przyjętych do kliniki stałéj, 95 zaś w klinice ruchoméj. Pomniejszych operacyj, wykonanych w klinice ruchoméj, jak wyrywanie rzęs nieprawidłowo rosnących, wydalanie ciał obcych z worka spojówkowego lub rogówki, przecinanie gradowin (*chalazion*) itd. itd., których znaczną wykonano ilość, niniejszym wykazem objąć nie byłem w stanie, z braku bowiem czasu nie zaciągnięto często dokonanego rękoczynu w protokóle kliniki ruchoméj. Pragnąc zarazem niniejszém sprawozdaniem zwiększyć materyjał obserwacyjny z sześciu lat ostatnich, nie omieszkałem choć w krótkości przytoczyć kilku spostrzeżeń poczynionych w tém dwuleciu nad zaćmą i jaskrą, a zarazem podać wyniki ich leczenia.

A) Zaćma (*Catarracta*).

Ogólna ilość zaćm operowanych w ciągu dwulecia wynosi 141. Z tych wypada:

	1883	1884	Razem
1) Na zaćmy schyłkowe samorodne	45	64	109
2) „ „ „ powikłane	2	10	12
3) Zaćmy następcze	11	9	20
Razem	58	83	141

1) Zaćmy schyłkowe samorodne.

Na ten rodzaj zaćm przypada mężczyzn 61 (56%), kobiet 48 (44%); chrześcijan było 96 (88%), starozakonnych 13 (12%).

Pod względem wieku zachodził następujący stosunek

	m.	k.	Razem
30—40	4	4	8
40—50	7	12	19
50—60	15	15	30
60—70	26	14	40
70—80	8	3	11
80—90	1	—	1
Razem	61	48	109

Największa zatém liczba operowanych przypada na siódmy dziesiątek lat.

Nie zupełnie dojrzałą lecz bardzo bliską tego okresu zaćmę operowano tylko 2 razy, dojrzałą 42, przejrzałą zaś 65 razy; między ostatniemi było 21 ze zaćmioną wyraźnie torebką (*Catarracta capsulo - lenticularis*), 6 zaś z korą rozpłyniętą (*Catarracta Morgagniana*). Wszystkie te zaćmy operował prof. Dr. Rydel sposobem obwodowym linijowym Graefego, otwierając niezaćmioną przodkową torebkę własnym sposobem, polegającym, jak wiadomo, na tém, że pierwsze cięcie prowadzi się ostrym haczykiem lub cystotomem Graefego poziomo wzdłuż dolnego brzegu źrenicy, drugie od środka poprzedniego pionowo do góry, trzecie zaś znów poziomo wzdłuż górnego brzegu soczewki.

Przy operacyi zaćm przejrzałych z zaćmioną torebką wyrywano ostatnią, według możności, ostrym haczykiem lub szczypczykami Förstera, operując zaćmy Morgagniego robiono tylko górne - poziome cięcie w torebce. Sztuczną dojrzałość sposobem zaleconym w r. 1881 przez Förstera sprowadzono raz jeden z zupełnie pomyślnym wynikiem ostatecznym.

Na 109 ekstrakcyj sposobem Graefego przypada 81 (74·3%) ze zupełnie prawidłowym przebiegiem operacyi; w pozostałych 25 (25·69%) wystąpiły następujące zboczenia:

1) w 4 przypadkach pozostały znaczniejsze szczątki kory w źrenicy; w jednym z nich wykonano następnie rozdarcie zaćmy wtórorzędnej i osiągnięto dobrą bystrość wzroku; w dwóch szczątki kory uległszy powolnemu wessaniu, umożliwiły otrzymanie w jednym przypadku V $^{6}/_{36}$, w drugim zaś miernego wyniku co do wzroku; w czwartym zaś komplikująca *irydokyklitis* sprowadziła zamknięcie źrenicy, z wszelką jednak nadzieją przywrócenia wzroku przez operacyję powtórną.

2) W 2 przypadkach wydobyto soczewkę razem z to-

rebką szczypczykami Förstera; w jednym z powodu zaćmienia torebki, w drugim z powodu przepukliny ciałka szklanego; w obu z wynikiem pomyślnym.

3) W 7 przypadkach (6·42%) nastąpił upływ ciałka szklanego:

a) w 2 przypadkach przy wydobywaniu soczewki pętlą Webera wypłynęło następowo około $^1/_4$ części ciałka szklanego; jeden z nich zakończył się pomyślnie, w drugim musiano później wykonać irydektomiję z powodu podwyższenia ucisku śródocznego;

b) raz wypłynęło około $^1/_3$ części ciałka przed wprowadzeniem pętli; następnie przyszło do zarośnięcia źrenicy z zanikiem gałki ocznéj (T—1);

c) raz wypłynęło tylko kilka kropli ciałka szklanego przed użyciem pętli; wynik był pomyślnym;

d) 3 razy przy usiłowaniach wyrwania zaćmionej części torebki przodkowéj już po wydaleniu soczewki z oka, wypłynęło 2—3 kropli ciałka, bez następstw szkodliwych.

4) W 2 przypadkach z powodu za małego cięcia wystąpiła soczewka z oka z trudnością; w jednym z nich wynik był miernym (palce 6·6), w drugim ocalało tylko niepewne poczucie światła na 5·0 (T—1).

5) Silniejszy krwotok wydarzył się pięć razy:

2 razy z naczyń podspojówkowych z powodu wykłucia noża o 1 mm. daléj ku tyłowi niż zwykle, co jednak żadnych złych następstw nie pociągnęło za sobą.

3 razy powstał silny krwotok bezpośrednio po irydektomii, zniewalając raz do użycia pętli Webera bez wypływu ciałka — we wszystkich wynik był pomyślny.

6) Raz pozostał zdziergacz źrenicy w oku nie wycięty; powstały 2 źrenice bez następstw szkodliwych.

7) w 6 przypadkach powstało lekkie nadwichnięcie soczewki; trudności ztąd wynikające udało się 6 razy pokonać bez użycia pętli — rezultat był we wszystkich pomyślny.

Przebieg po operacyi był zupełnie prawidłowym u 52(48%) operowanych, u 57(52%) zaszły różne zboczenia od przebiegu prawidłowego. Z ostatnich wypada 33 na prawidłowo wykonaną operacyję, 24 na operacyję z przebiegiem nieprawidłowym. Najczęstsza (25 razy) była lekka *iritis adhaesiva*, ograniczająca się jedynie do wytworzenia kilku tylnych przyczepiu. Wrośnięcie jednego z brzegów sztucznéj szczeliny tęczówkowéj w bliznę wydarzyło się 13 razy; zabliźnienie nastąpiło zupełnie płasko. *Irido - kyklitis plastica* z następowém zamknięciem źrenicy (*occlusio pup.*) wydarzyła się 7 razy: w dwóch tylko z tychże utrzymały się warunki do przywrócenia wzroku przez wykonanie odpowiedniéj operacyi; w pozostałych pięciu wystąpił powolny zanik gałki ocznéj. Raz wystąpiło ostre ropne zapalenie jagodówki po zupełnie prawidłowéj operacyi (*Panophthalmitis*).

Krew wystąpiła do przodkowéj komórki trzeciego dnia po operacyi trzy razy, bez pęknięcia ranki; następstw szkodliwych nie było.

4 razy wydarzyło się pęknięcie ranki po operacyi [1 w $1^1/_2$ dnia, 1 w 2 dni, 2 razy w 4 dni], przyczém raz wystąpiła kropla ciałka szklanego pod spojówkę. Brzegi ranki zrosły się, z wrośnięciem jednak najczęściéj obu brzegów sztucznéj szczeliny tęczówkowéj.

Gojenie się ranki opóźniło się znacznie w 3 przypadkach. W 6-tym, 8-mym a raz nawet dopiero w 11 stym dniu po operacyi spostrzeżono pierwszy ślad komórki przodkowéj, bez szkodliwego wpływu na rezultat. Raz wystąpiło 14-go dnia po wykonanéj ekstrakcyi (z użyciem pętli Webera i odpływem ciałka) podwyższenie ucisku śródocznego; po wykonaniu irydektomii ucisk powrócił do prawidła; w siatkówce na obwodzie były liczne wynaczynionki; chora wystąpiła z kliniki z $^1/_6$ prawidłowéj bystrości wzroku. Jak w latach poprzednich tak i teraz starano się zawsze podczas i po operacyi za pomocą znanych środków antyseptycznych powstrzymać zakażenie rany. C. d. n.

V. Orzeczenia sądowolekarskie Wydziału Lekarskiego Uniw. Jagiell.

Seryja druga.

I.

Śmierć zagadkowa śp. Roberty M. Otrucie sinkiem potasu czy śmierć naturalna?

Podał Prof. Dr. L. Blumenstok.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 1).

Oględzin żołądka dokonali ci sami pp. znawcy dnia następnego (15 maja) i podyktowali do protokółu co następuje:

Żołądek ten jest z obu stron sznurkami poobwiązany, wzdłuż krzywizny małéj rozcięty. Błona śluzowa jego jest od wpustu aż do odźwiernika jednostajnie bardzo silnie przekrwioną, krwawo czerwoną i rozpulchnioną, przy tém jednak zupełnie gładką, nigdzie nie okazującą wyżerków, zastrupienia lub t. p. Błona mięsna i surowicza są również mocno przekrwione, rozpulchnione, lekko surowiczo przesiąknięte, a zabarwienie otrzewny jest żywo szaro czerwone [1]). Błona śluzowa pokryta jest warstwą gęstawéj brunatnéj miazgi, która znajduje się i w słoju w ilości do 50 gr. i zdaje się być [2]) rozłożoną w hematynę krwią przesączoną ze ścian żołądka [3]). Miazga ta stanowi jedyną treść żołądka [4]).

---

[1]) W broszurze napisano: „Błona podśluzowa i mięsna rozpulchnione, surowiczo-krwawo przesiąknięte“.

[2]) W broszurze: „Warstwą gęstawej, czekoladowo-brunatnéj miazgi, podobnéj do krwi rozłożonéj w hematynę“.

[3]) Oddziaływanie treści żołądka nie podane; w ogóle zwracam uwagę na znaczną różnicę zachodzącą w opisie żołądka przez pierwszych i drugich znawców.

[4]) W broszurze dopiero prof. F. w przypisku powiada: „Dodajemy do tego uwagę, iż zmiany w żołądku były takie same, jak w górnych częściach kiszek, tylko, że w tych ostatnich stopniowo łagodniały, a nagle zupełnie ustawały, tak, iż poniżéj były kiszki zupełnie blade“. Zwróciliśmy atoli już wyżéj uwagę, że tego wszystkiego w aktach nie ma. — Daléj powiada autor broszury: „Po tych oględzinach znawcy sądowi oświadczyli natychmiast obecnym pp. Chemikom, iż stanowczo przyjmują otrucie, że najbardziéj prawdopodobnym jest sinek potasu lub kwas pruski, pomimo braku zapachu; możebne zaś są i nitrogliceryna, nitrobenzol itp.; zalecają też w ogóle poszukiwania za środkami, które krew z żołądka zdają się przeistaczać w hematynę, wykluczają zaś kwasy, ługi żrące, sole żrące, arszenik, fosfor itd“. Wprawdzie prof. F. odwołuje się do świadectwa pp. chemików i p. Sędziego, ale o tém wszystkiém w aktach nie ma wzmianki; natomiast Wydział lekarski wyczytał w aktach zarzut uczyniony pp. obducentom przez drugich pp. chemików, że znawcy ograniczyli się w ostatniém orzeczeniu do wyliczenia kilku trucizn a nie ułatwili im zadania przez wskazanie, które trucizny mogą wywołać skutki przy obdukcyjach spostrzegane“. Swoją drogą w obronie niniejszéj prof. F. popada w sprzeczność ze sobą samym. Twierdzi, że polecił chemikom w ogóle poszukiwanie za środkami, które krew z żołądka zdają się (dlaczego tylko zdają się?) przeistaczać w hematynę — a wyklucza kwa-

Orzeczenie: Z oględzin żołądka i górnych części jelit wynika niemal z całą pewnością, iż śmierć obdukowanéj p. M. nastąpiła w sposób gwałtowny, wskutek użycia istoty trującéj, która wywołała nadzwyczaj silne podrażnienie i przekrwienie błony śluzowéj żołądka i jelit a dostawszy się do krążenia krwi wywołała porażenie naczyń i serca, ostry obrzęk płuc i przekrwienie wszystkich wewnętrznych narządów. Wynika to ztąd, iż zmiany znalezione w żołądku są tego rodzaju, jak bywają tylko po otruciu, nigdy zaś w sposób samoistny do tego stopnia nie dochodzą; zmiany w innych narządach, jak w płucach, itd. powstały w ostatnich chwilach podczas konania, a obdukcyja zwłok nie wykazuje żadnéj innéj przyczyny, którąby mogła chorobę lub śmierć obdukowanéj wytłumaczyć. Również niewiarygodném jest, ażeby zmiany w żołądku powstały dopiero w skutek zakraplania nieprzytomnéj i konającéj osoby, gdyż w takim stanie trudno przypuścić, ażeby osoba chora mogła tyle płynu drażniącego połknąć do żołądka będąc już bezprzytomną, jakotéż dla tego, ponieważ właśnie zażycie tego środka okazuje się jako źródło i powód nagłéj choroby i śmierci. Bliższe szczegóły będą znawcy mogli podać dopiero po wyniku rozbioru chemicznego, **który wykaże istotę środka użytego trującego** [1]).

We dwa dni po wydaniu tego orzeczenia tymczasowego (d. 17 maja) pp. znawcy prof. Feigel i Dr. Gostyński zgłaszają się do p. Sędziego śledczego i proszą o udzielenie sobie kawałka mięśnia sercowego dla zbadania mikroskopowego a d. 18 maja Sędzia czyni zadosyć ich żądaniu [2]).

W 5 dni późniéj (d. 23 maja) zjawiają się znawcy ci sami w biurze Sędziego, zwracając kawałek m. sercowego, „ponieważ w skutek wykrycia trucizny przez chemików badanie jest zbytecznem“ [3]).

sy i ługi; a więc według prof. F. kwas siarkowy i solny, ług potasowy, sodowy i amonijak nie posiadają zdolności przeistaczania hemoglobiny (a nie krwi) w hematynę (w roczczynie kwaśnym a względnie alkalicznym), podczas gdy kwas pruski ma ją posiadać? Pytam się jednakże, czy zachodzi różnica zasadnicza między hematynami czarno, brunatno lub czerwono zabarwionemi, czyli innemi słowy, czy nasiąkanie tkanki hematyną nie jest zasadniczo tą samą sprawą w otruciu witryolejem, kw. solnym lub ługami, i czy ono ma miejsce także w otruciu kw. pruskim?

[1]) W broszurze ustęp ten ostatni opiewa całkiem inaczéj: „Dalsze wyjaśnienia zastrzegli sobie znawcy podać po zaznajomieniu się z wynikiem analizy chemicznéj, jakotéż ze szczegółami samego zajścia“. Koniec więc orzeczenia, który wymownie dowodzi, że pp. obducenci spodziewali się dopiero po rozbiorze chemicznym, **iż on wykaże istotę użytéj trucizny**, że zatém sami nie wiedzieli, z jaką trucizną mieli do czynienia, — jako obecnie szan. autorowi niewygodny, legł ofiarą obrony!

[2]) Tak jest w aktach i czy na podstawie tego faktu Wydział nie miał słuszności, przypuszczając, że znawcy musieli mieć wątpliwość, skoro w 2 dni po tak stanowczém przypuszczeniu jakiegoś otrucia, sami uznali za potrzebne jeszcze zbadanie m. sercowego? W broszurze prof. F. twierdzi, że tylko Dr. G. zażądał zachowania kawałka serca i że on sam ustąpił tylko życzeniu kolegi, nie przywięzując atoli do tego badania wielkiéj wagi. Ależ tego wszystkiego nie ma w aktach!

[3]) W broszurze prof. F. pisze natomiast: „Nigdzie zaś nie ma znowu wzmianki w aktach sądowych o tém, czyli znawcy uznali badanie serca za zbyteczne lub nie?“ Albo prof. F. nie miał aktów przed sobą, albo miał je; w pierwszym razie nie ma prawa zadania kłamu, a w ostatnim nie wiem, co sądzić o tém zaprzeczeniu. Protokół z d. 23 maja przezemnie cytowany czytałem nie tylko ja, ale i mój asystent, protokół ten odczytałem na posiedzeniu Wydziału, z protokółu tego własną ręką zrobiłem sobie wypis dosłowny, który mam przed sobą! A ponieważ chemicy pierwsi wykryli w trzewach p. M. arsen, miał Wydział najzupełniejsze prawo powtórzenia za aktami, że pp. obducenci „dowiedziawszy się o wykryciu przez chemików arsenu, uznali badanie mięśnia sercowego za zbyteczne“, a czy dalszy wniosek „godząc się tém samém na to, że śmierć M. nastąpiła w skutek otrucia arszenikiem“ (a nie arsenem, jak pisze prof. F.), nie wysnuwa się logicznie z premisy poprzedniéj?

D. 26 maja przedkładają pp. chemicy Drowie Schramm i Zarzycki orzeczenie swoje, podając, że nie wykryli w trzewach p. M. fosforu, kw. pruskiego, sinku potasu, alkaloidów; natomiast wykryli arsen, a załączając otrzymane lustra arsenowe i zapewniając, że posługiwali się odczynnikami czystemi, orzekają stanowczo, że nastąpiło otrucie arszenikowe.

Ale nagle zachodzi zmiana dekoracyi. D. 30 maja bowiem zgłasza się do Sądu chemik Dr. Schramm i odwołuje orzeczenie, wydane wspólnie z Drem Zarzyckim, ponieważ kwas solny użyty do badania zawierał dużo arsenu; podejrzywa zatém, że ktoś wrzucił do tego kwasu arszeniku białego w zamiarze karygodnym (w pracowni chemika!) i prosi o powierzenie trzew przechowanych, a do badania jeszcze nie użytych, do badania ponownego. Sąd czyni zadość téj prośbie i porucza ponowne badanie prof. chemii **Radziszewskiemu** i temuż docentowi Drowi **Schrammowi**.

D. 6 czerwca znawcy ci zdają sprawę na piśmie ze swego badania i orzekają, że w trzewach Roberty M. nie wykryli ani arsenu, ani jakichkolwiek innych trucizn mineralnych lub roślinnych.

Dnia następnego (7 czerwca) Drowie Schramm i Gostyński wywięzując się z poruczonego sobie przez Sąd badania 3 flaszeczek, których treścią cucono Robertę M., orzekają na piśmie, że jedna flaszeczka zawiera wyskok octowy z małą domieszką olejków eterycznych, druga mięszaninę wyskoku i eteru, a trzecia krople wawrzynośliwowe [1]).

Wreszcie d. 29 czerwca (według aktów, a 15 czerwca według broszury) pp. obducenci złożyli orzeczenie swoje, które opiewa jak następuje:

1) Obdukcyja zwłok zwłaszcza stan żołądka i górnych części jelit cienkich udowadniają stanowczo, iż śmierć śp. Roberty M. nastąpiła w skutek otrucia. Pominąwszy bowiem okoliczność, iż najsilniejsze zmiany chorobowe ograniczone są do żołądka i części przylegającéj jelita cienkiego, w którém zmiany opisane w żołądku są zrazu bardzo silnie wykształcone, potém nieco słabsze, wreszcie zaś zupełnie ustają, tak że niższa część kiszek cienkich i jelito grube są zupełnie prawidłowe,—co odpowiada miejscowemu działaniu przyczyny, które zmiany ta wywołała;—znawcy muszą podnieść, iż nie jest znaną choroba samoistna, któraby taki obraz, jak obecnie znaleziony w żołądku i części górnéj jelit cienkich, wywołać mogła, jedynie tylko w skutek użycia istoty trującéj mógł obraz taki powstać, otrucie zatém nie ulega żadnéj wątpliwości. Dowodzi tego nadto i przebieg ostatnich chwil śp. M., mianowicie okoliczność, iż osoba dotychczas zupełnie zdrowa [2]) nagle, nie długo po śniadaniu, do-

[1]) Prof. F. pisze o kroplach „adonisowych“ (str. 5, a powtórnie str. 31). Co to ma znaczyć? Znamy tylko korzeń i zioła adonisowe, o kroplach adonisowych nic nie wiemy.

[2]) W orzeczeniu niniejszém Roberta M. figuruje jako osoba zupełnie zdrowa dotychczas, a w broszurze autor przypuszcza, „że Roberta M. mogła używać digittalinę

znała dziwnego uczucia mdłości, wkrótce zaś potém upadła bezwładna, straciła przytomność i wśród ogólnych kurczów klonicznych, bezdechu, pienienia z ust zakończyła życie, obdukcyja zwłok zaś prócz owych niezwykłych zmian w żołądku i obrazu porażenia naczyń, nie wykazała żadnéj organicznéj choroby ustroju, któraby taki przebieg chorobowy i nagłe zejście śmiertelne mogła wytłumaczyć.

Orzeczeniu temu nie sprzeciwia się bynajmniéj ujemny wynik badania chemicznego części zwlok zachowanych i treści żołądka i jelit. Wiadomo bowiem, iż zdarzają się przypadki niewątpliwego otrucia rozmaitemi truciznami, podczas gdy badanie chemiczne części zwłok nie było przecież w stanie wykazać trucizny. Może to nastąpić mianowicie wtedy, jeżeli trucizna zostanie za życia jeszcze z ustroju wydzieloną, podczas gdy skutki jéj szkodliwe trwają dłużéj i powodują nawet śmierć,—lub téż, jeżeli środek trujący w ustroju bądź to już za życia, bądź téż i głównie po śmierci rozłożonym zostanie. Do takich trucizn należy np. kwas pruski, sinek potasu itd.

2) Jakiego rodzaju była w obecnym wypadku użyta trucizna, tego w obec ujemnego wyniku badania chemicznego stanowczo oznaczyć nie można. Wykluczyć można wszelkie trucizny żrące, jak kwasy i ługi żrące, jakotéż żrące sole mineralne, arszenik, fosfor, rtęć, ołów i gazy trujące. Natomiast największe prawdopodobieństwo przemawia za tém, że trucizną w obecnym przypadku był kwas pruski lub jeszcze bardziéj sinek potasu do pewnego stopnia rozłożony i nie świeży, który możebnie dlatego uległ w zwłokach chociaż świeżych zupełnemu rozkładowi i dla tego nie został badaniem chemiczném wykazany, częścią zaś działając w ustroju powoli, został za życia jeszcze z ustroju wydzielony.—Obok sinku potasu możebną trucizną mogła być i nitrogliceryna, nitrobenzol—daléj digittalina[1]) itp., lub téż wreszcie i mięszanina podobnych istot, — czego jednak przy obecnym stanie rzeczy rozstrzygnąć stanowczo nie można,—jakotéż orzekać cokolwiek bliższego o ilości zadanéj, postaci, smaku itp. dotyczącego ciała,—dlaczego téż znawcy poprzestają obecnie na powyższém wyjaśnieniu [2]).

Dnia następnego (30 czerwca) Sąd wezwał lekarzy sądowych Drów Gostyńskiego i Lukasa (prof. Feigel, jak podaje, tymczasem wyjechał był) i zadał im następujące dwa pytania:

1) Czyli mikroskopijne badanie mięśnia sercowego mogłoby wykazać zmiany wskazujące na zwyrodnienie mięśnia sercowego, tłumaczące zaszłą śmierć śp. Roberty M. w sposób naturalny?

2) Czyli badanie mikroskopijne mięśnia sercowego, obecnie jeszcze przeprowadzone, mogłoby wykazać dodatnie rezultaty w kierunku powyżéj wskazanym?

Na to pp. znawcy odpowiedzieli:

„W obec tego, iż mięsień sercowy, a względnie część tegoż wkrótce po obdukcyi przechowany został w słoju napełnionym alkoholem, spodziewamy się z rozbioru mikroskopijnego dodatni otrzymać rezultat“.

W skutek téj odpowiedzi Sąd powierzył im kawał m. sercowego do badania, a sprawozdanie ich opiewało:

z powodu ataków swych sercowych“ (*ipsissima verba*). Czy osoba młoda, cierpiąca ataki sercowe, jest zupełnie zdrową?

[1]) Dlaczego szan. autor pisze konsekwentnie „digittalina“, nie wiemy.

[2]) W broszurze swéj szan. autor dodaje tu motywa orzeczenia; do nich późniéj powrócimy.

Badanie mikroskopowe wykazało w kilkunastu preparatach: włókna (pęczki) mięsne o wyraźnych konturach, wyraźném poprzeczném prążkowaniu, bez wybitniejszych zmian stłuszczenia, tu i owdzie tylko jakby przyprószone błyszczącemi ziarnkami tłuszczowemi *(detritus)*; w całości jednak mięsień sercowy nie okazuje rozleglejszych zmian przeobrażenia tłuszczowego. Nadto wykazać można w niektórych preparatach obecność brunatnego drobnoziarnistego barwika, umieszczonego grupami w niektórych pęczkach mięsnych. Miejscami nawet wykazuje ściślejsze badanie wyraźne czworoboczne komórki charakterystyczne mięśniowe o wyraźném jądrze.

Orzeczenie. Z badania mikroskopijnego wynika, że mięsień sercowy śp. Roberty M. w ogóle ważniejszych zmian nie przedstawia, co najwięcéj nieznaczny ślad brunatnego zaniku barwikowego i to tylko miejscami *(atrophia fusca incipiens-braune Atrophie)*. — Wyżéj wykazane zmiany mięśnia sercowego pospolicie nie sprowadzają zaburzeń w zdrowiu, a życie przez nie wcale nie jest zagrożone. (C. d. n.)

VI. Oceny i sprawozdania.

Prof. Oertel (Monachijum): **Tereny lecznicze w zastosowaniu do zboczeń w krążeniu.** *(Ueber Terrain-Curorte zur Behandlung von Kranken mit Kreislaufs-Störungen)*. Lipsk, 1886.

Celem wprowadzenia w życie dyjetetyczno-mechanicznéj metody leczenia zboczeń w krążeniu, osłabienia mięśnia sercowego, niedostatecznéj kompensacyi, ogólnéj otyłości, stłuszczenia serca i utrudnionego krążenia krwi w płucach, powstają za inicyjatywą autora t. zw. tereny lecznicze. Znaczenie ich uzasadnia O. jak następuje:

Jakiebądź są podstawy anatomiczne wymienionych zboczeń, wspólném następstwem ich jest zawsze zniesienie równowagi hydrostatycznéj między ilością krwi żylnéj dopływającéj do serca a ilością krwi z serca do układu tętniczego odpływającéj. Zadaniem leczenia jest przywrócenie téj równowagi a osięgnąć je można tylko drogą fizyczno-mechaniczną, t. j. podwyższając siłę popędową serca a obniżając jego pracę. Zadaniu temu nie czynią całkiem zadość sposoby leczenia dotąd używane; spotęgowana praca mięśniowa, wpływ ciepła, łaźnie i inne zabiegi napotne, tudzież odpowiednia dyjeta mogą wprawdzie zmniejszyć pracę serca, to znów usunąć nagromadzony zasób tłuszczu, ale nie zdołają wzmocnić mięśnia sercowego ani spotęgować jego sprawności. Do tego konieczne są pewne swoiste warunki fizyczno mechaniczne. Mięsień sercowy nie różni się od innych mięśni ciała, aby go lepiéj odżywić i wzmocnić, należy starać się o dostateczny dowóz odpowiedniego dlań pożywienia, czynności jego podniecać, silne wzbudzać kurcze — trzeba go ćwiczyć. Jeden tylko jest sposób, za pomocą którego wywołać możemy przez czas dłuższy silne i częste skurcze serca, a tym jest wchodzenie pod górę, — oto właściwa i jedyna gimnastyka mięśnia sercowego. Prócz tego wchodzenie pod górę przyspiesza krążenie krwi w żyłach i prawém sercu, wzmaga dopływ krwi do płuc przez powiększenie wdechów i rozszerzenie klatki piersiowéj a przez kompensacyjne obniżenie napięcia naczyń ułatwia odpływ krwi do układu tętniczego. Stósownie do mniejszych lub większych zawad, jakie przedstawia wchodzenie pod górę, narząd ruchowy mniejszą lub większą musi odbywać pracę, oraz mniejsza lub większa ilość mięśni spółdziałać musi, aby ciało unosić i naprzód posuwać, przyczém praca mięśni, t. j. miara

ich skurczu zależeć musi od długości przebywanéj drogi, oraz od wysokości, do któréj ciało ma być uniesioném. Praca mięśniowa powiększa ilość spalonego tlenu, potęguje wymianę gazów w płucach, przyspiesza rozpad tłuszczu i istot tłuszczorodnych, wzmaga wydzielanie wody przez skórę i płuca. Z tego jednak nie wynika, jakoby chorzy w mowie będący dowolnie, według własnego widzimisię, mieli chodzić po górach; owszem jeżeli ten sposób leczenia ma przynieść rzeczywiste korzyści, musi się odbywać pod okiem i kierunkiem doświadczonego lekarza, który kontrolując codzienny dowóz i wydzielanie płynów, badając parcie tętnicze i jakość tętna, uwzględniając różne powikłania chorobowe — codziennie oznacza ściśle i przepisuje wskazaną ilość pracy, jaką chory wykonywać ma przez wchodzenie pod górę. Aby umożebnić dozowanie wskazanéj pracy mięśniowéj, należy drogi o pożądaném wzniesieniu podzielić na równe odstępy wedle czasu, w jakim je w zwykłych warunkach przebywamy, np. na odstępy $^1/_4$—$^1/_2$ godzinne. Co do wyniesienia rozróżnia autor 4 grupy dróg na terenach leczniczych: 1) drogi poziome z wzniesieniem nieprzechodzącém 9 na 100 metrów, 2) drogi z nieznaczném wzniesieniem — 18 na 100 metrów, 3) drogi ze znaczném wzniesieniem — 26 na 100 metrów, 4) drogi strome — 36 na 100 metrów. Jeżeli tereny lecznicze mają odpowiedzieć swemu zadaniu, konieczném jest, aby miejsce na nie przeznaczyć się mające obfitowało w dobre drogi o rozmaitém wyniesieniu i długości, aby zasłonięte było od wiatrów i niepogody, wystawione zaś na działanie ciepła i światła słonecznego (dla łatwiejszego wywołania potów),— gdy wyniosłość samego terenu nad poziom morza jest rzeczą obojętną. Powietrze winno być obfite w tlen, suche i czyste.

Otóż leczenie terenowe polega na gimnastyce serca przez systematyczne i stopniowe pokonywanie przeszkód chodzenia pod górę. Przytém nie należy bynajmniéj obowiązywać chorego, aby w pewnym oznaczonym czasie przebywał przepisany sobie kawał drogi; to mu się pozostawia do woli a raczéj do zasobu sił jego. Chory powinien postępować powoli w górę, bez przerwy — dopóki może. U wielu już po 8—10—20 krokach występuje zadyszka i pożądane bicie serca (*Herzklopfen, dessen Hervorrufung ja auch beabsichtigt ist*, str. 46); w takim razie powinien chory stanąć oparłszy się na lasce i dolegliwości te przeczekać, poczém na nowo pod górę kroczyć. Odpoczywać siedzący nie wolno, bo przepona wparta przytém przez trzewa brzuszne do klatki piersiowéj potęguje zadyszkę. Dopiero po przebyciu długiéj drogi i znacznéj wysokości wolno dla spoczynku usiąść lub legnąć na $^1/_2$—1 godziny. Dla tego też drogi terenu leczniczego nie powinny być opatrzone ławkami. Nie dobrze również naprzemian to wchodzić pod górę, to z góry schodzić, ponieważ schodzenie wprost przeciwnie działa na serce, oddech i mięśnie niż wchodzenie; dopiero po wypoczynku i uspokojeniu się serca i oddechu należy schodzić z góry. Aby zapobiedz rychłemu występowaniu zadyszki, ma chory zachować pewien stosunek między oddechem a chodem, a to w ten sposób, żeby na jeden krok przypadał równocześnie wdech, na drugi wydech (przez to, jak sądzi autor, podczas wdechu tyle krwi dopływa do płuc, ile równocześnie dopływa jéj w skutek ruchu mięśniowego do prawego serca, natomiast tyle dopływa do płuc tlenu, ile go się równocześnie pali przez spotęgowany ruch mięśniowy); nareszcie wydech powinien odbywać się w dwóch odstępach, ponieważ wedle doświadczeń autora wydechem przerywanym więcéj wydalamy powietrza, przez co umożebnia się zarazem wdechanie większéj ilości świeżego powietrza, większy dowóz tlenu, a tém samém opóźnia występowanie zadyszki.

Tereny lecznicze są wskazane: U chorych z wadami zastawek sercowych po zupełném ustąpieniu zapalenia śródsierdzia, u których nie wytworzyła się jeszcze zupełna kompensacyja. Osłabienie serca, niedomoga mięśnia sercowego w skutek niedostatecznego odżywienia i wytwarzania krwi, niedokrewności, blednicy, po chorobach wyniszczających, durze, płonicy, błonicy. Osłabienie serca w suchotach płuc, niedomoga mięśnia sercowego skutkiem stłuszczenia i ogólnéj otyłości. Utrudnienie krążenia płucnego skutkiem ucisku na płuco w skrzywieniach stosu pacierzowego, krzywicy itp., choroba Basedowa, stany neurasteniczne powikłane zboczeniami w ogólném odżywieniu. U dzieci zołzowych i krzywiczych celem rozszerzenia klatki piersiowéj i powiększenia pojemności płuc itd. W celu zapobiegawczym u osób skłonnych do miażdżycy naczyń, aby podwyższyć napięcie tętnic, ułatwić prąd krwi tętniczéj i przez to przyspieszyć przemianę materyi w ścianach tętnic oraz zapobiedz powstawaniu złogów soli nieorganicznych. (NB. autor dowodzi powyżéj, że chodzenie pod górę obniża kompensacyjnie napięcie układu tętniczego).

Przeciwwskazane są przypadki daleko posuniętéj miażdżycy tętnic, tętniaki aorty i innych tętnic. (Dok. nast.)

M. Bresgen i P. Heymann: **Trzy przypadki zatrucia kokainem.**

Zdolność zatrucia się kokainem zależy w wysokim stopniu od indywidualności, i aby zatrucie do skutku przyszło, potrzeba, aby kokain do żołądka się dostał. Przy znieczulaniu miejscowém 10 do 20% rozczynem *cocain. mur. solub.* (Merck) zauważył Bresgen dosyć często lekkie i przejściowe objawy zatrucia w formie lekkich dreszczy, bladości skóry i zawrotu głowy. Obok tego występują nudności, które atoli odnieść należy do znieczulenia błony śluzowéj gardziela, przyczém do właściwych wymiotów nigdy nie przychodzi. W dwóch szczególnie przypadkach miał Bresgen sposobność dokładnie obserwować przebieg zatrucia kokainem tém dokładniéj, że przedmiotem badania był on sam i jego żona. W przeciągu godziny wpuścił sobie autor w każdy otwór nosowy po 3 krople 20% rozczynu wyskokowego kokainu, przyczém więc każda kropla zawierała 0·008 kokainu. U żony swéj zastósował w przeciągu krótszego czasu 4 krople, a więc 0·032 kokainu. Objawy zatrucia, które u żony autora wcześniéj wystąpiły aniżeli u niego samego, były następujące: uczucie zimna i dreszczu, stan oszołomienia rozpoczynający się od wesołości z następną depresyją, nudności, wzrok osłupiały, zdolność myślenia bardzo ograniczona, mowa utrudniona, nawet wtedy, gdy nieprzyjemne uczucie w gardle ustąpiło a połykanie odbywało się gładko, bezsenność całą noc trwająca z wielkim niepokojem połączona, brak apetytu i wstręt do potraw, przytém chód chwiejny i niepewny. Wszystkie te objawy trwały u samego autora aż do dnia następnego, u żony jego nieco dłużéj.

Autor przypuszcza, że śród zapuszczania kokainu do nosa musiała pewna część jego dostać się wraz z wydzieliną do gardziela i żołądka i tam być wessaną. Dla tego też w praktyce poleca B. uważać na to, aby chorzy ślinę wypluwali a nie połykali jéj. Lepszém jest także, zdaniem B. zwilżanie błony śluzowéj maleńkim tamponikiem watowym w rozczynie umaczanym, aniżeli zakraplanie rozczynem kokainu.

Równocześnie z powyższemi dwoma przypadkami podaje Heymann następujący przypadek. U chłopca $9\frac{1}{2}$ lat liczącego, zastósował autor w celu wykonania operacyi w krtani 5 gr. 20% rozcz. tj. 1 gr. kokainu. Wkrótce potém chory skarżył się na nudności i zawrót głowy. Przy końcu operacyi, która krótki czas trwała, chory zaczął chwiać się na krześle a przez następne 5 godzin przeleżał na sofie w stanie następującym: Usposobienie apatyczne i senne, na pytania odpowiadał jasno i rozsądnie lecz ociężale, chodził ale tylko prowadzony i to z trudnością, przyczém chód był chwiejny i niepewny, głodu nie okazywał zupełnie, bólu nie doznawał chory żadnego, tęczówki nierozszerzone oddziaływają na światło, czytać mógł chory swobodnie, rogówka na dotknięcie czuła, znieczulenie gardziela po 2 godzinach ustąpiło zupełnie, tętno w liczbie 100 na minutę, oddechów 30, ciepłota 38·2. Zresztą akcyja serca i płuc spokojna. Stan ten trwał przez 5 godzin, przyczém atoli trudność w chodzie pozostała nieco dłużéj. Na drugi dzień następstwa zatrucia ustąpiły zupełnie, apetyt powrócił, chory był tylko nieco blady. We wszystkich tych trzech przypadkach, zwidywań, napadów szałowych, pobudzonych odruchów i drzenia mięśniowego, o czém Schmidt, Rank i Obersteiner w swoich przypadkach wspominają, nie zauważono. *(Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 46, 1885). *Dr. Momidłowski.*

Prof. Mosetig. **Miejscowo-lecznicze znaczenie kwasu mlekowego.**

Prof. M. poleca kwas mlekowy, jako dobry środek żrący dla patologicznych tkanek, z tą jednak różnicą od innych środków żrących, że kwas mlekowy oszczędza zdrowe tkanki. Działanie kwasu mlekowego objaśnia M. tém, że zdrowe tkaniny posiadają większą odporność niż patologiczne i dla tego zdrowe nie ulegają działaniu kwasu mlekowego.

Prof. M. stosował go na gębczaste wybujałości i na tkaniny wilkiem zajęte, przyczém tylko tkanki chore zostały niszczone. Twierdzi nawet, że daleko lepiéj działa niż ostra łyżeczka w próchnieniu kości, a w naciekach rakowych w kościach niszczy tylko patologiczne tkanki nie naruszając zdrowych, a zabliźnianie odbywa się dobrze i prędko. Leczenie jednak wymaga dłuższego czasu, a przedewszystkiém cierpliwości ze strony chorego i lekarza. Stosować można kwas albo powierzchownie albo też podskórnie. Jeżeli potrzeba użycia wprost na powierzchnię jakiegoś wrzodu, najlepiej zastosować czysty kwas mlekowy *in substantia*. Macza się więc płatki lub czystą watę w kwasie mlekowym i wycisnąwszy nieco przykłada się wprost na wrzód, poczém przykrywa się ceratką, żeby okład taki nie wysechał. Można też używać mięszaniny z jednéj części kwasu mlekowego, a utworzoną pastę rozcierać na ceracie i przykładać na wrzód. Jeżeli sąsiednia skóra zupełnie jest zdrową, to nawet można jéj nie ochraniać, w przeciwnym razie wciera się w otoczenie jakiś obojętny tłuszcz lub kolodyjon. Zwykle leży kwas mlekowy na wrzodzie przez 24 godzin, poczém należy zmyć i przeczekać najlepiéj dni kilka, aż strupek zupełnie odejdzie. Ból przy takiém zastosowaniu jest znaczny i dopóki trwa ból, dopóty kwas mlekowy działa, tak że po ustaniu bólu można nawet cały okład usunąć. Do wstrzykiwań podskórnych używał rozczynu 50—70% w wodzie, z czego na raz można $\frac{1}{2}$ do 1 grm. wstrzyknąć. Jeżeli ognisko wrzodziejące jest znaczne, można 2 i 3 sprycek Pravaza na jedném posiedzeniu wstrzyknąć. *(Wien. med. Wochenschr. 1885 Nr. 48).* *Dr. J. Surzycki.*

Wiadomosci pomniejsze.

Ω. Dr. Herrgott potwierdza spostrzeżenia Unny i Weissenberga, **że 4% rozczyn kokainu** nietylko zmniejsza **dolegliwość brodawek sutkowych u kobiet karmiących,** ale i wpływa nader korzystnie na szybkie zabliźnianie się rozpadlin, i zapobiega tworzeniu się większych owrzodzeń i ropni. (*Allg. med. C. Ztg.*, 1885, str. 1602).

Ω. Schneider zaleca bardzo **podskórne wstrzykiwania salicylanu kokainu przeciw nerwicom nerwu troistego.** W przypadku przez siebie leczonym ani dwie dawki chininu, ani morfin i żelazo, ani elektryzowanie nie skutkowały i zaledwie ulgę sprowadzały (morfin). Dopiero codzienne wstrzykiwanie ośmiorazowe po 0·40 salicylanu kokainu i następnie elektryzowanie prądem stałym (anoda na punkt bolesny, katoda na kark) usunęły ciężki ten przypadek nerwicy. Autor bardzo zachęca do dalszych prób w leczeniu téj choroby, przeciw któréj dotychczasowa terapija bardzo jest jeszcze mało rozwinięta. (*Allg. med. C. Ztg.*, 1885, Nr. 97).

Ω. Thomas J. Mays podaje, że **brucyna posiada własność miejscowego znieczulania.** 10% rozczyn brucyny usuwa prawie zupełnie piekący smak, jaki na języku wywołują korzenie. 5% rozczyn usuwa bolesność przy aftach, jakotéż ból zębów. 20% rozczyn w wysokim bardzo stopniu zmniejsza czucie skóry. Autor wcierał sobie w skórę ramienia olej krotniowy, a następnie pędzlował miejsce dotknięte 5% rozczynem brucyny. Ból palący ustępował za każdym razem *ad minimum.* Używano także brucyny ze znakomitym skutkiem przeciw bólowi, wywołanemu za długiém pozostawieniem synapizmów. Również brucyna okazała się bardzo skuteczną w dwóch przypadkach *Pruritus vulvae.* Autor zachęca do dalszych doświadczeń w tym kierunku. (*Annales méd. chirurg.*, 1885, Nr. 9).

Ω. **Przeciw Psoriasis** poleca Elliot:

Rp. Acidi pyrogallici 6,0—8,0
Acidi salicylici 2,0
Collodii elastici 60,0

Rozczynem tym pokrywa się dwa razy dziennie miejsca dotknięte, po zmyciu ich poprzedniém *c. sapone viridi. (The med. Record* 21 listopada 1885).

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie galicyjskie. Sekcyja lwowska.

VI zwyczajne naukowe posiedzenie dnia 2 maja 1885 r.
Przewodniczący Dr. Merunowicz. Członków obecnych 16.

(Dokończenie. Patrz Nr. 1)

4. Kol. Kniaziołucki streszcza zapatrywania Biederta i Fleischmanna o karmieniu noworodków.

W dyskusyi kol. Merczyński zapytuje prelegenta, czy moralne wstrząśnienia matki wpływają na zmianę i wydzielanie mleka, czytał bowiem już niejednokrotnie o takich przypadkach, gdzie w skutek moralnych wstrząśnień karmiących matek dzieci potém dostawały rożnych chorób, drgawek a nawet umierały. Daléj pyta kol. M., czy leki zażywane przez matkę karmiącą przechodzą do mleka, wreszcie zauważa kol. M., że aczkolwiek prelegent przytoczył, iż mleko oddziaływające kwaśno nie powinno być podawane i aczkolwiek zgadza się pod tym względem z prelegentem, to przecież sam, założywszy przed paru laty w Snopkowie mleczarnię według wszelkich przepisów higijenicznych, przekonał się, że mimo to mleko prosto od krowy, t. j. tuż po wydojeniu, już oddziaływało kwaśno, i że mimo to podawane dzieciom za pokarm nie szkodziło im i zostało strawione. Prelegent przy-

znaje także, że czytał opisy przypadków przez kol. M. wspomnianych, nie sądzi jednak mimo to, aby istotnie moralne wstrząśnienia matek karmiących tak szkodliwy wpływ na mleko wywierały jak opisują. Na poparcie swego zdania przytacza, że dzieci sztucznie karmione przecież nieraz umierają nie wiedzieć z jakiego powodu, bo za życia wybadać nic nie można, a co gorsza, że i przy sekcyi nie można w takich przypadkach wynaleźć przyczyny. Co do leków zażywanych przez matkę karmiącą stwierdzono, że np. piołun, chinin, jod itp. istotnie przechodzą do mleka. Kol. Seifman przeciwnego jest zdania od prelegenta co do wpływów nerwowych na wydzielanie ilości i jakości mleka, przytacza fakt ogólnie znany, że krowy np. po złém obchodzeniu się z niemi dają mniéj mleka, a i jakość takowego musi być zmieniona, choć tego jeszcze dziś chemicznie i mikroskopowo stwierdzić nie jesteśmy w stanie, a to przecież chyba tylko od wpływu systemu nerwowego zależeć musi. Kol. Przewodniczący nadmienia również, że np. piętnowanie, to jest wypalanie piętna na pośladku krów, wpływało tak szkodliwie na wydzielanie mleka, że w skutek ogólnéj prośby właścicieli widział się Rząd spowodowanym zmienić sposób piętnowania i dziś wypala się piętno na rogach; nie można więc zaprzeczyć wpływu wstrząśnień moralnych itp. na wydzielenie mleka. — Kol. Ziembicki dodaje jeszcze, że krowy są nader wrażliwe, tak dalece, że lada okoliczność, jak np. wyniesienie nawozu ze stajni, drażni krowy tak, że o $^1/_5$ część zmniejsza się wydzielanie mleka: zapytuje równocześnie kolegów, czy nie znają środków wpływających na powiększenie ilości mleka u matek. Co do odłączania dzieci od piersi zgadza się najzupełniéj ze zdaniem prelegenta, smutném nauczony doświadczeniem, stracił bowiem jedno dziecię przez to, że w lecie zmienił pokarm matki na mleko krowie. Że mleko krowie oddziaływa kwaśno nieraz tuż po wydojeniu, wie kol. Z., ale papier lakmusowy nie wystarcza nieraz do stwierdzenia tegoż. Jako środek przeciw kwaszeniu się świeżego mleka podaje kol. Z. przegotowanie mleka, zdjęcie kożuszka, dodanie kwasu salicylowego lub dwuwęglanu sody. Po dodaniu kw. salicylowego kwaśnieje mleko po paru dniach, ale czasem nie ścina się. — Kol. Laskiewicz zwraca uwagę, że wstrząsy nerwowe wpływają w ogóle na wydzieliny, np. mocz po przestrachu wydzielony jest inny niż zwykły, daléj po przestrachu występuje np. biegunka, sądzi więc, że i wydzielenie mleka także musi po wstrząśnieniach uledz jakiéjś zmianie, badanie mleka jest jednak bardzo trudne, więc trudno wykazać zmiany. Kol. L. zapytuje prelegenta, czy sztuczne brodawki w obec ragad są dobre i jak się prelegent zapatruje na maltoleguminozę Liebiga. — Kol. Seifman obstaje przy swojém zdaniu, że na jakościowe własności mleka (jak wydzielin w ogóle) muszą wpływać wstrząśnienia nerwowe, bo mleko wtedy co do ilości nie zmniejsza się w skutek tamowania przewodów mlecznych itp., lecz w skutek wpływu nerwów naczynioruchowych gruczołów samych, pewną jest np. rzeczą i znaną ogólnie, że mleko wydzielone pod wpływem przestrachu l. t. p. prędko się warzy (ukwasza), a co do chemicznego wykazania owych zmian, powtarza kol. S. jeszcze, że histochemija mleka nie jest jeszcze dokładną, a mikroorganizmy, które teraz wszystko gmatwają, nie są może wszystkiego przyczyną, nie można im więc wszystkiego przypisywać. Kol. S. sądzi więc z naciskiem, że to nie musi być tak obojętną rzeczą, gdy matka się zmartwi i pierś dziecku potém poda, jak o tém prelegent sądzi. — Kol. Przewodniczący pyta prelegenta, czy mięso sproszkowane według przepisu Hoffmanna podawał dzieciom i jakie ma o tém zdanie. — Prelegent nie może o tém swego zdania oświadczyć, bo nie ma pod tym względem doświadczenia; wie jednak, że peptony szkodzą dzieciom i że w ogóle dzieciom potrzeba podawać mięso nader świeże. — Kol. Merczyński oświadcza, że poruszył umyślnie kwestyję o wpływach nerwowych na wydzielanie mleka, karmienie itd., bo wiadomą jest rzeczą, jak matki schlebiają zwykle mamkom swych dzieci, aby miały wygody wszelkie, nie martwiły się, nie gniewały; kol. M. nie sądzi jednak, aby się matki na takie zapatrywania zgodziły. Co do peptonów to kol. M. używał takowych jako pokarm dla dzieci, ale nie zauważył, aby szkodziły dzieciom nawet chorym, stolce tylko mocno cuchnęły. Kol. M. zapytuje prelegenta, jak się zapatruje na t. zw. Rahmgemenge Biederta, daléj jak powinny być żywione krowy dla mleka mającego służyć za pokarm dzieciom, wreszcie jak się prelegent zapatruje na chłodzenie mleka. — Prelegent oświadcza, że mięszanka śmietanki z wodą Biederta nie wydaje mu się być lepszą i pewniejszą od mleka świeżego, nie ma zresztą pod tym względem doświadczenia. Co do żywienia krów od powiada, że najlepiéj w danym razie żywić paszą suchą. Co do chłodzenia wreszcie mleka oświadcza prelegent, że we Frankfurcie chłodzą mleko po przegotowaniu i takie nieraz lepsze jest dla dzieci niż ciepłe, bo wstrzymuje wymioty. Kol. Seifmann zapytuje jeszcze prelegenta, czy radzi podawać dzieciom mięso surowe, czy gotowane, czy smażone, bo i to nie powinno być rzeczą obojętną — Prelegent sądzi, że można dawać dzieciom i surowe i gotowane i smażone, na co kol. Seifmann ostrzega, że ze surowém mięsem trzeba być ostrożnym, aby nie nabawić dzieci tenii, a co do mleka zaleca ostrożność, aby nie dawać mleka od krów chorych na perlicę. — Prelegent odpowiada jeszcze kol. Laskiewiczowi, że maltoleguminoza mało się różni od mączki Nestlego, o któréj już była mowa, a sztuczne brodawki czasem są dobre, czasem zaś na nic się nie przydają. — Kol. Tatarczuch zapytuje w końcu, dla czego prelegent uważa używanie mamek za rzecz niemoralną ze względów etycznych, mamki bowiem oddają swoje dzieci najczęściéj na śmierć widoczną na koszt tych dzieci, do których za mamki zostają przyjęte. Dla matek zresztą samych dobrze jest, jeżeli karmią swoje dzieci, bo inwolucyja macicy rychléj następuje. *Dr. Wiktor.*

VIII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 20—26 grudnia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 31,4. Z odry umarło 6 (5 z. t.); z płonicy 0 (1 z. t.); z błonicy 3 (7 z. t.); z duru brzusznego 0 (1 z. t.); z gorączki po łogowéj 0 (1 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 2 przypadkach odry, 2 płonicy, 1 duru brzusznego. W tygodniu od 13—19 grudnia umarło z ospy: w Warszawie 4, w Wiedniu 11, w Budapeszcie 13., w Pradze 1, w Rzymie 2, w Wenecyi 14, w Zurychu 1, w Paryżu 2, w Odesie 3. Z duru osutkowego umarło w Petersburgu 1. Z duru powrotnego umarło w Petersburgu 2. Z duru brzusznego umarło w Warszawie 8, w Hamburgu 7, w Paryżu 18, w Londynie 17, w Petersburgu 15. Z odry umarło w Budapeszcie 21, w Królewcu 13, w Paryżu 16, w Londynie 58, w Liwerpolu 21. Z płonicy umarło w Hamburgu 9, w Londynie 10, w Petersburgu 22. Z błonicy umarło w Berlinie 36, w Wrocławiu 11, w Hamburgu 14, w Budapeszcie 12, w Paryżu 45, w Londynie 35. Z krztuśca umarło w Londynie 72.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 13—19 grudnia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 36,6; w Warszawie 24,0; w Budapeszcie 27,6; w Pradze 27,4; w Wiedniu 24,9; w Berlinie 27,9; w Gdańsku 28,2; w Strasburgu 29,0; we Fryburgu 26,4; w Mnichowie 32,9; w Dreźnie 25,0; w Lipsku 23,1; w Bazylei 17,4; w Brukseli 21,0; w Chrystyjanii 21,1; w Kopenhadze 24,1; w Londynie 22,0; w Odesie 33,2; w Paryżu 23,5; w Petersburgu 24,4; w Rzymie 24,7; w Stokholmie 20,3; w Wenecyi 35,9; w Zurychu 20,9. *J. K.*

IX. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 7 stycznia. Późno nieco doszedł nas tym razem *Rocznik medycyny krajowéj* z kolei 8my, wydawany staraniem i nakładem Dra J. Rogowicza, wiceprezesa Tow. lek. warsz. i b. redaktora *Medycyny*. Rocznik ten, jak wszystkie poprzednie, składa się z 2ch części: z przeglądu rocznego piśmiennictwa lekarskiego polskiego i z kalendarza. Część pierwsza, obfitsza aniżeli w roku przeszłym, na 340 stronicach mieści w sobie sprawozdanie z 252 prac ogłoszonych przez 151 autorów. Wszystkie te sprawozdania podzielone na 12 działów, a sprawozdawcami są: Jakowski (działu 1go), Dunin (2go i 3go), Mączewski (4go), Matlakowski i Szteyner (5go), Rogowicz (6go 10, 11 i 12go), Kamocki (7go), Zera (8go), Rybicki (9go). Ze sprawozdań tym razem przypada na prace drukowane w *Gazecie Lekarskiéj* 82, w *Przeglądzie Lekarskim* 67, w *Medycynie* 38, w Księdze jubileuszowéj Hoyera 31, w Księdze jubileuszowéj Szokalskiego 22, w *Pamiętniku*

Tow. lek. warsz. 9 itd. — Część 2ga, właściwy kalendarz lekarski, posiada te same zalety, co dawniejsze roczniki.

* P. Minister Oświecenia, powróciwszy niedawno z Gracu, udał się teraz do Pragi czeskiéj, celem poznania tamecznych zakładów. Zdaje się, że niezadługo przyjdzie kolej i na Kraków, a wtedy sprawa budowy klinik weszłaby może na właściwe tory.

* Wykład prof. Mikulicza, miany na Zjeździe w Magdeburgu, umieszczony w roku przeszłym w naszym tygodniku, pojawił się teraz w *Volkmanns Samml. klin. Vorträge* Nr. 262 p. t. *Uiber Laparotomie bei Magen- u. Darmperforation.*

* Kol. Obtułowicz prostuje doniesienie swoje o chorobie Dra Tarnawskiego: zapadł on na dur powrotny a nie wysypkowy.

* Prof. Schnitzler w Wiedniu obchodzi 25-letni jubileusz doktorski i redaktorski, a Dr. Tappeiner w Meranie 70te swoje urodziny.

* Prof. Albert w Wiedniu mianowany został członkiem Najwyższéj Rady sanitarnéj.

* Skład dolnoaustr. Rady sanitarnéj w Wiedniu: Referent spraw lek. Dr. Karajan, z ramienia Rządu: Dr. Innhauser, Dr. Kammerer, Dr. Lorinser, prof. Ludwig, prof. Oser i Dr. Witlačil: z ramienia Wydziału krajowego: dyrektor Dr. Gauster i docent Dr. Kratschmer; członkiem nadzw. jest weterynarz Dr. Werner.

* Prezes i zastępcy prezesa Towarzystwa lek. dolnoaustryjackich wręczyli d. 22 grudnia ministrowi Prażakowi petycyję tegoż Towarzystwa o rewizyję taryfy należytości za czynności sądowolekarskie, obowiązującéj od r. 1855.

* Wiadomo, że na ostatnim Zjeździe międzynarodowym w Kopenhadze w r. 1884 uchwalono, aby Zjazd następny odbył się w r. 1887 w Waszyngtonie w Ameryce Północnéj. Komitet złożony z 8 członków, pod przewodnictwem Dra Austina Flinta, otrzymał wówczas pełnomocnictwo do czynienia kroków przygotowawczych dla przyszłego Zjazdu. Tymczasem w Ameryce komitet ten, posądzony o postępowanie arbitralne, został zwalony, a wybrano nowy komitet z 38 członków pod przewodnictwem p. Beverley Cola z St. Francisco, któryto nowy komitet jeszcze nie uzyskał ogólnego uznania. Niesnaski te domowe narażają wielce na szwank powodzenie przyszłego Zjazdu.

* *St Petersb. med. Woch.* donosi, że z lekarzy, którzy z Królestwa Polskiego pospieszyli na pole walki bułgarsko-serbskiéj Dr. Roman Oswald raniony został pod Śliwnicą tak ciężko, że musiał poddać się amputacyi podudzia.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Petersburg.** Dr. Cyon b. profesor fizyjologii w Akademii wojskowo-lekarskiéj, obecnie bawiący w Paryżu, ma być powołany na ważną posadę do Ministerstwa Oświecenia. — **Charków.** Profesorem chemii lek. mianowany został Dr. Danilewski.

* **Wiedeń.** Prof. Weichselbaum wykładać będzie histologiję patologiczną i otrzyma odpowiedni zakład w szpitalu powszechnym. — Prymaryjuszem po Drze Heinie mianowany został Dr. Langer, a posadę jego w szpitalu Rudolfa obejmuje Dr. Redtenbacher. — Lekarz jeneralny Dr. Podrazky wyjechał do Serbii i Bułgaryi.

* **Budapeszt.** Minister Oświecenia Tréfort w porozumieniu z ministrem spraw wewn. wysyła lekarza węgierskiego do Paryża, celem zapoznania się ze sposobem Pasteura szczepienia wścieklizny. Pasteur oświadczył gotowość uczynienia zadosyć życzeniom ministra węgierskiego. Tenże minister postanowił mianować lekarzy szkolnych i profesorów higijeny w szkołach średnich. W tym celu w obydwóch uniwersytetach krajowych urządzone będą kursa dla kandydatów, którzy muszą poprzednio mieć dyplom doktorski.

* **Nekrologija.** W Wartenbergu umarł znany tameczny hydroterapeuta Dr. Schlechta-Sedmihorsky, w Monachijum lekarz jeneralny Dr. Besnard, a w Celowcu radzca rządowy i referent spraw lekarskich Dr. Fradeneck, wszyscy trzej w wieku sędziwym.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 1: Mikulicza: Przyczynek do operacyi wola; Leśnika: Gnicie, bakteryje gnilne i produkty gnicia. — W *Zdrowiu* Nr. 4: Domy dla robotników; Lutostańskiego: Zdrowie i choroba (dok.); Zwolennicy i przeciwnicy szczepienia (dok.); Wyniki badania składu wody studzien miejskich oraz Wisły w Warszawie (c. d.). — W *Medycynie* Nr. 1: Dobrzyckiego: Przyrząd do przepłókiwania żołądka, konstrukcyi K. Berenta.

Redakcyja otrzymała:

J. Z. GOPADZE: Wlijanie massaża na azotistii obmien i uswoenie azotistych czastei piszczi. (Z kliniki prof. Manasseïna w Petersburgu, odbitka z „Wracza“, Nr. 44), in 8vo str. 13.

Piśmiennictwo lekarskie. GAŁĘZOWSKI X. Des cataractes et de leur traitement. 1 fasc. 8 Paris, Alcan. Fr. 3½.

GALLARD T. Leçons clin. sur la menstruation et ses troubles. Av. 37 fig. 8 Paris, Baillière et fils. Fr. 6.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 13go b. m. w Sali Akademii Umiejętności posiedzenie, na którém odczytane będzie sprawozdanie ze stanu Towarzystwa i całorocznych jego czynności.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.